Nr 18 30 kwietnia 1939 Rok XVIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Poglądowe sprawozdanie

Dr Władysław ZALEWSKI, Ord. Szpitala. Łódź

Współczesne lecznictwo schizofrenii

Ze Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Kochanówka“
Dyrektor: Dr M. Siemionkin

Współczesna farmakoterapia schizofrenii poczyniła największe postępy w zakresie leczenia wstrząsowego. Pierwsze próby dokonane w tym kierunku na polu psychiatrii łączyły się z koncepcją tzw. „anafilaksji psychicznej“, w powstawaniu której decydującą rolę przypisywano czynnikom natury emocjonalnej, afektywnej, pod względem zaś biochemicznym i biofizykalnym za coś istotnego w powstawaniu tej anafilaksji uważano wstrząs hemoklastyczny, występujący stale, niezależnie od natury anafilaktogenu. Na tej podstawie zrodziła się myśl nieswoistego leczenia odczulającego, tj. przemiany „anafilaksji psychicznej“ (dystrofia psychiczna) w antyanafilaksję (eutrofia psychiczna), na drodze szeregu sztucznie wywołanych napadów hemoklazji. Koncepcja ta znalazła następnie praktyczne potwierdzenie w doskonałych wynikach piroterapii samoistnej, np. w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych (zwłaszcza zakażeń paciorkowcowych), leczniczym działaniu zimnicy itd. Dalsze badania wykazały jednak, że u podstaw psychozy leżą zjawiska nierównie bardziej złożone, które samą „psychokoloidoklazją“ żadną miarą wytłumaczyć się nie dadzą. Do podobnych zmian dochodzi także na skutek zachwiania równowagi w czynnościach wyższych ośrodków wegetatywnych, a z zaburzeniami natury wegetatywno-hormonalnej spotykamy się w schizofrenii stale. Brak miesiączki, obniżenie wrażliwości na adrenalinę, otłuszczenie, zmiany barwikowe, zaburzenia naczynio-ruchowe zależne tu są raczej od zaburzeń w ośrodkach wegetatywnych, niż od dysfunkcji gruczołów dokrewnych. Podkreślić należy również, że gorączka, będąca znamiennym objawem piroterapii, niezależnie od swego pochodzenia, jest wyrazem zachwianej równowagi wyższych ośrodków wegetatywnych, a więc dodatni wynik leczenia można by tłumaczyć przestrojeniem układu wegetatywno-hormonalnego. I z tego również punktu widzenia metoda ta pozostanie nieswoistą. Niewątpliwie dodatni wpływ leczenia wstrząsowego wiąże się w jakiś sposób ze zmianą własności odczynowych, ogólnoustrojowych. W psychiatrii posiada to takie same znaczenie jak i w każdej innej dziedzinie wiedzy lekarskiej.

Jeśli chodzi o zastosowanie praktyczne, należy zawsze zastanowić się nad rodzajem leczenia bodźcowego, gdyż niektóre środki chorzy źle znoszą, odczyn miejscowy lub ogólny zależy także od wyboru środka. W psychiatrii ze zrozumiałych względów zależy przede wszystkim na odczynie ogólnym, przy czym dążeniem naszym jest, by ten odczyn był jak najsilniejszy. Z bardzo wielu środków bodźcowych w leczeniu chorób psychicznych znajdują zastosowanie tylko niektóre, z nich wymienię tu: szczepionkę durową *(vaccina typhica)*, tuberkulinę, dmelcos, gonoccin, gonolysin, z zagranicznych pyrifer, saprovitan, neosaprovitan, vaccineurin, następnie nukleinian sodu, mleko, siarkę, olejek terpentynowy (polecany przez autorów francuskich), krew (zwykle autohemoterapia), mocz (uroterapia), phlogetan, fizjosteninę, sulfozynę. Osobne miejsce zajmuje zimnica. Ocena leczniczych walorów poszczególnych środków jest niełatwa, gdyż dane statystyczne, którymi rozporządzamy, mają bardzo fragmentaryczny charakter.

Nukleinian sodu jest typowym środkiem bodźcowym, wywołującym znaczną leukocytozę oraz silny (przeważnie) odczyn gorączkowy. Zaletą tego środka jest szybki wzrost ciepłoty, który już po kilku godzinach osiąga swe maksimum oraz, co jest niemniej ważne, szybki spadek ciepłoty. Zastrzyki są bolesne, poza tym liczne obserwacje zdają się przemawiać za tym, że stosowanie nukleinianu sodu może uczynnić i zaostrzyć ukryte postacie gruźlicy (leukocytoza). Roztwory do wstrzykiwań przygotowujemy *ex tempore* w wodzie przekroplonej lub roztworze fizjologicznym. Można używać roztworów o pewnym stałym stężeniu, np. 33%, przy którym rozpoczynamy leczenie od 2 cm³, zwiększając każdą następną dawkę o 1 cm³ (do 20 cm³), jeżeli odczyn gorączkowy nie jest dostatecznie silny. Ze względu na wchłanianie lepiej jednak stosować mniej stężone roztwory. Stosuje się nukleinian sodu co 2 dzień, domięśniowo lub podskórnie. Zwykle dawka 0,5—1,5 wywołuje dostatecznie silny odczyn. Według Donatha, ilość znacznych popraw u leczonych nukleiną jest bardzo wysoka, gdyż wynosi 57,1%, według Mikulskiego i Kruze-Pawłowskiej 25%, Hermana 27%, Czajkowskiego 18%.

Mleko stosujemy domięśniowo co drugi dzień, rozpoczynając od 4 cm³ i zwiększając każdą następną dawkę o 2 cm³ (do 20 cm³), jeżeli odczyn nie jest dostatecznie silny. Odczyn ten indywidualnie bywa różny. Wołochow oblicza ilość dobrych wyników na 37,5%.

Siarkę stosujemy w Kochanówce jako *sulfur praecip.* 0,5% *in oleo sterilisat.*, 3 razy tygodniowo, rozpoczynając od 2 cm³ i zwiększając każdą następną dawkę o 1 cm³ (do 10 cm³). Siarka, zwłaszcza w większych dawkach, jest bardzo energicznym środkiem bodźcowym, wywołującym silny odczyn ogólny z wysoką gorączką. Niekiedy gorączka utrzymuje się zbyt długo (2—3 dni), co jest objawem niepożądanym. Bolesność w miejscu wstrzyknięcia zwykle trwa również dłuższy czas. Leczenie siarkowe jest niewskazane u słabszych chorych, gdyż zwykle wywołuje znaczne wyczerpanie i spadek na wadze.

Olejek terpentynowy złożony *(ol. terebinthinae comp.)* lub czysty *(purum)* stosuje się rzadko, gdyż środek ten (zwłaszcza *per se*) wywołuje niezmiernie silny odczyn miejscowy (rozległy, bardzo bolesny naciek).

Środki powyższe mogą zastąpić w zupełności drogie preparaty zagraniczne (phlogetan, sulfozyna, kaseosan, aolan, yatren).

Szczepionkę durową P. Z. H. stosujemy dożylnie, rozpoczynając od 0,1, przy czym co drugi dzień powiększa się dawkę o 0,1 jeżeli ciepłota opadnie do normy. Oczywiście, gdy odczyn jest dostatecznie silny, następnej dawki nie zwiększamy. Każda seria składa się z 10 iniekcyj, tj. ostatnia dawka może wynosić 1,0. Leczenie składa się z 3 seryj, przedzielonych 10-dniowym wypoczynkiem. W analogiczny sposób stosujemy dmelcos i gonokcynę, rozpoczynamy tylko od 0,4 i następne dawki odpowiednio ostrożnie zwiększamy (o 0,1—0,2) do 2,0.

Szczepienie zimnicy, posiadające tak doniosłe znaczenie w leczeniu porażenia postępującego, stosuje się od dawna w grupie psychoz schizofrenicznych. W porażeniu postępującym zimnica wykazuje niewątpliwie swoiste działanie, w schizofrenii działa tylko jako środek gorączkowy. W porównaniu zaś z innymi środkami bodźcowymi, zimnica wykazuje dużo ujemnych własności, zwłaszcza przy skłonności do uzyskania podczas leczenia jak największej ilości napadów. Wymioty, bóle głowy, bóle mięśniowe i stawowe, powiększenie śledziony i wątroby, zmiany we krwi, zmiany ze strony serca, charłactwo nie wyczerpują wszystkich objawów zatrucia zimniczego. Ostatnio zwrócono uwagę na to, że intensywne podawanie chininy chorym wyczerpanym zimnicą może samo przez się wywołać objawy swoistego charłactwa, prowadzącego nieraz do zejścia śmiertelnego. Dlatego zakres stosowania zimnicy w psychozach schizofrenicznych musi być ograniczony, przeciwwskazane jest stosowanie zimnicy w wieku podeszłym, u chorych wyczerpanych podnieceniem, nie przyjmujących jedzenia itd. Wizel i Markuszewicz otrzymali przy leczeniu zimnicą 22,5% dobrych i 27,5% średnich popraw, Brunowa i Mikulski 14% dobrych i 18,6% średnich (tylko świeże przypadki). Daleko gorsze wyniki podają: D'Ormea Moggi — 1,6% dobrych popraw i Golant — brak popraw w ogóle.

W związku z niewątpliwym zachwianiem prawidłowej czynności wegetatywno-hormonalnej w psychozach schizofrenicznych, zwłaszcza wewnątrzpochodnych, pozostają próby zastosowania preparatów hormonalnych w leczeniu tych psychoz. Ponieważ wszystkie procesy korelacji wewnątrzwydzielniczej przebiegają przez gruczołozwrotne hormony przedniego płata przysadki, a także ze względu na nadrzędny, aktywujący wpływ przysadki na gruczoły płciowe, badacze sowieccy wprowadzili do leczenia schizofrenii pod nazwą *gravidanu* mocz kobiet ciężarnych, za-

wierający olbrzymie ilości prolanów oraz innych aktywatorów przysadkowych. Jałowo pobrany i sprawdzony na białko mocz, z dodatkiem nowokainy lub bez, wstrzykuje się podskórnie w dawkach wzrastających. Iniekcje te nie dają odczynu miejscowego ani ogólnego. Metodę tę stosował w Polsce Władyczko. Przesączał on mocz przez filtry Chamberlanda i używał pod nazwą obstetriny. Opinie co do skuteczności tej metody są bardzo rozbieżne, np. według Kolcowa bardzo pomyślne, Cukker natomiast na 35 leczonych nie miał ani jednej trwałej poprawy. Stosowanie prolanów A i B w praktyce psychiatrycznej ma jednak uzasadnienie w ich swoistym działaniu, wykazującym tym większy wynik, im bliższy związek z zaburzeniami sfery płciowej wykazuje psychoza. Dlatego też najlepsze wyniki tego rodzaju uroterapia daje w psychozach inwolucyjnych. Wychodząc z podobnych przesłanek teoretycznych, dokonywano prób także z krwią płodową (otrzymywaną z pępowiny).

Godną uwagi próbę bardziej swoistego leczenia psychoz schizofrenicznych stanowi biologiczna metoda stosowania dializatów tkanki mózgowej, wytwarzanych do niedawna w sposób seryjny w Laboratorium Naukowo-Doświadczalnym Instytutu Eksperymentalnej Terapii w Moskwie. Preparaty te można podzielić na dwie grupy: 1) przygotowane wzorem innych toksyn komórkowych (cytotoksyny dla tkanki nerwowej) drogą uodparniania koni specjalnie przygotowaną zawiesiną tkanki mózgowej (cerebrotoksyny) i 2) preparaty będące właściwymi dializatami tkanki mózgowej (cerebrolizaty). Założeniem tej metody jest włączenie się w jakiś sposób drogą pozajelitowego wprowadzenia tych preparatów do metabolizmu komórkowego, zwłaszcza zakłóconej przemiany wewnątrzkomórkowej tkanki mózgowej. Podczas leczenia nie ograniczano się do stosowania preparatów jednego rodzaju, lecz wzmacniano działanie przez jednoczesne stosowanie analogicznych preparatów ze wszystkich gruczołów dokrewnych *(polylisatotherapia)* nadając leczeniu charakter wielokierunkowy. Przy stosowaniu cerebrotoksyn występuje wyraźny odczyn miejscowy i ogólny (często powiększenie gruczołów chłonnych), przesunięcie w obrazie morfologicznym krwi w lewo, leukocytoza, eozynofilia i monocytoza. Przy stosowaniu cerebrolizatów odczyny te są znacznie słabsze. Ilość dobrych wyników według autorów sowieckich jest bardzo wysoka, gdyż wynosi od 40—62%.

W związku z ogłoszeniem przez psychiatrę wiedeńskiego Manfreda Sakla z końcem 1933 roku nowej metody leczenia schizofrenii za pomocą wstrząsów insulinowych, nastąpił radykalny zwrot nie tylko w dziedzinie lecznictwa, gdyż metoda ta zbliżyła lekarza-psychiatrę do chorego i dała impuls do dalszych badań. Stosując większe dawki insuliny w leczeniu odwykowym u narkomanów stwierdził Sakel u tych chorych, gdzie współistniały objawy schizofrenii, wybitnie dodatni wpływ stanów niedocukrzenia na znikanie objawów psychozy. Już w lutym 1934 roku metodę tę rozpoczęto stosować z inicjatywy śp. prof. Rosego w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej U. S. B. w Wilnie. Pierwotną metodę Sakla (leczenie 4-fazowe, z 3-krotną iniekcją insuliny w ciągu dnia) klinika wileńska zmodyfikowała w ten sposób, że insulinę wstrzykiwano choremu na czczo jednorazowo w dawce wstrząsowej, co pozwalało dokładnie określić czas trwania i stopień nasilenia niedocukrzenia, a co ważniejsza, przerywanie wstrząsów w godzinach rannych bardzo utrudniało występowanie wstrząsów wtórnych, np. nocnych, szczególnie niebezpiecznych.

Powyższy sposób stosowania insuliny został ogólnie przyjęty, w zasadzie stosuje go obecnie Sakel. Początkowo stosowaliśmy insulinę co drugi dzień, doprowadzając ogólną ilość wstrząsów do 15 i przerywając dalsze leczenie, jeżeli nie występowała poprawa, jako bezcelowe. Ostatnio jednak istnieje skłonność do znacznie dłuższego stosowania leczenia. Przy tym intensywnym leczeniu insulinę stosuje się codziennie, ogólna ilość wstrząsów dojść może do 40—50, a czas trwania leczenia do 2½—3 miesięcy. Zaznaczyć jednak należy, że wyniki takiego leczenia są niewiele lepsze i są niewspółmierne tym wysiłkom, jakich wymagają od chorego i lekarza.

Rozpoczynamy leczenie zwykle od 20 jednostek, zwiększając następne dawki o 15 do 20 jednostek. Jeśli chodzi nam o polepszenie stanu ogólnego, możemy wstępne dawki odpowiednio zmniejszyć, dochodząc do dawki wstrząsowej „dłuższą drogą". Insulinę wstrzykuje się domięśniowo. Chory powinien być na czczo i do przerwania wstrząsu nie wolno mu podawać nie tylko jedzenia, lecz nawet wody. Pierwsze objawy niedocukrzenia występują zwykle po 40—50 minutach od zastrzyku (niekiedy jeszcze wcześniej), cechując się osłabieniem, sennością, czasem niepokojem, poceniem się i uczuciem głodu. W miarę pogłębiania się stanu niedocukrzenia chory staje się coraz bardziej bezwładny, jakby odurzony, coraz obficiej poci się, ciśnienie krwi i ciepłota ciała obniżają się, tętno zwykle zwalnia się. Utrata przytomności sygnalizuje wystąpienie właściwego wstrząsu. Zespół objawów u poszczególnych chorych odznacza się dużą stałością, jednak ogólnie biorąc obraz kliniczny wstrząsu insulinowego cechuje się wielopostaciowością. Podział na wstrząsy śpiączkowe i drgawkowe jest niewątpliwie najprostszy i dogodny, nie jest jednak ścisły, gdyż we wstrząsie hipoglikemicznym klonizmy są tak stałym objawem, że różnice pod tym względem zachodzące, dotyczą tylko nasilenia i zakresu klonizmów, należało by więc raczej rozróżniać wstrząsy o słabo lub silnie wyrażonych drgawkach klonicznych. We wczesnych fazach wstrząsu u niektórych chorych wybitnie zaostrza się niepokój ruchowy, dochodząc do podniecenia ruchowego (miotania się), objawy gałkoruchowe (zez, dewiacje gałek ocznych, wytrzeszcz, oczopląs) należą również do wczesnych objawów, podobnie jak mlaskanie, cmokanie, wysuwanie języka, zgrzytanie zębami itd. W postaci śpiączkowej wstrząsu występuje całkowity bezwład i zwiotczenie mięśni, hipo- lub arefleksja, źrenice zwężają się, oddech staje się chrapiący, w jamie ustnej nagromadza się ślina i wycieka z ust, twarz ulega zaczerwienieniu lub odwrotnie zblednięciu, tętno przyśpiesza się i słabnie. Stanom śpiączkowym towarzyszą zwykle obfite poty (mokra zapaść Sakla). W mniej licznej grupie przypadków już w dość wczesnym okresie wstrząsu dochodzi do wystąpienia silnego podniecenia ruchowego w postaci drgawek klonicznych. Drgawki te, nawet bardzo gwałtowne, przebiegać mogą bez ciężkich zaburzeń ogólnych, w niektórych przypadkach powtarzają się kilkakrotnie (seriami) i trwają dłuższy czas. Rozpoczynają się klonizmy najpierw w obrębie mięśni mimicznych i rąk, po czym uogólniają się. U niektórych chorych może wystąpić wstrząs epileptoidalny, połączony z objawami asfiksji i zapadu, gdyż dochodzi wówczas do sinicy twarzy, rzekomych wdechów, zanikającego tętna. Tego rodzaju napady mogą wcale nie być sygnalizowane klonizmami, a nawet, jak to widziałem u jednej chorej, mogą wystąpić już po przerwaniu wstrząsu. Przy dłuższym trwaniu ciężkiego niedocukrzenia mogą wystąpić objawy właściwego zapadu, zwłaszcza ciężkie zaburzenia oddychania (rzekome ruchy oddechowe), które nie dają się tak łatwo zwalczyć, jak objawy hipoglikemiczne. Po za objawami piramidowymi (Babiński) w przebiegu wstrząsu hipoglikemicznego dochodzi niekiedy do niedowładów, przejściowego charakteru (połowiczych, w mięśniach gałkoruchowych). Kiedy należy wstrząs przerwać ogólnie określić nie da się, zazwyczaj staramy się o to, aby chory w stanie ciężkiego niedocukrzenia pozostał jak najdłużej. U chorych zahamowanych Sakel przerywa niedocukrzenie w fazie podniecenia ruchowego (miotania), by następnie ten stan „rozhamowania" przez zaciśnienie kontaktu z chorym utrwalić. Odwrotnie w postaciach paranoidalnych pozostawia chorych w stanie niedocukrzenia jak najdłużej (dezaktualizacja urojeń).

Wstrząs przerywamy zwykle między 3—4 lub 4—5 godzinami od chwili wstrzyknięcia insuliny za pomocą wstrzyknięcia dożylnego 40% glukozy. Zwykle 20—40 cm³ glukozy wystarcza, by chory natychmiast odzyskał przytomność. Można przerywać wstrząsy również za pomocą wlewania roztworów cukru przez zgłębnik żołądkowy, ale ten sposób jest mniej pewny, powrót do przytomności odbywa się powoli, częściej występują wymioty. Po przerwaniu wstrząsu chory dostaje natychmiast dowoli mocno osłodzonej herbaty, chleba z miodem lub marmeladą tak, by łącznie otrzymał niemniej 200 g cukru. Aby uniknąć powtórnych stanów niedocukrzenia w nocy, chorzy dostają wieczorem jeszcze jedną porcję dobrze osłodzonej herbaty.

Ze względu na niedobór witaminowy w czasie leczenia insulinowego poleca się chorym owoce (pomarańcze, grepsy, cytryny). Przeciwwskazaniem dla leczenia insulinowego są tylko ostre sprawy chorobowe. Nawet chorzy z daleko posuniętymi zmianami układu krążenia nieźle ją znoszą, toteż początkowe obawy, dotyczące przypuszczalnych następstw, nie ziściły się, przeciwnie, dzięki asymilacyjnym własnościom insuliny, stan ogólny chorych w czasie leczenia polepsza się, wzmaga się apetyt, wzrasta waga ciała. Niebezpieczeństwa zagrażające życiu podczas wstrząsu, przy starannej opiece lekarskiej, mogą być w zupełności usunięte, np. w klinice wileńskiej na bardzo znacznym materiale leczonych nie zanotowano ani jednego przypadku śmierci. Według Berezowskiego śmiertelność dla całej Polski wynosiła 0,97% (w statystyce Sakla 1,8%). Rozpiętość dawek wstrząsowych insuliny indywidualnie jest duża, w mojej praktyce od 38 do 400 jednostek, w tym ostatnim przypadku ogólna ilość insuliny użytej w ciągu leczenia, obejmującego 15 wstrząsów, wynosiła 8514 jednostek. Różnica między dawką wstrząsową początkową, a końcową (maksymalną)

w przebiegu leczenia zwiększa się niekiedy znacznie, w miarę przyzwyczajania się chorego.

Fizjologiczne działanie wstrząsu hipoglikemicznego nie jest dostatecznie wyjaśnione. Niewątpliwie najbardziej widocznym skutkiem hiperinsulinizacji jest niedocukrzenie krwi. Jak to wykazały badania, dokonane w klinice wileńskiej, objawy niedocukrzenia występują przy spadku zawartości cukru we krwi do 60 mg %. W okresie tym cukier znika ze krwi nawet przy małych dawkach insuliny. Wstrząs występuje zwykle przy spadku zawartości cukru poniżej 45 mg %. Spadek poniżej 20 mg % zdarza się wyjątkowo i jest niebezpieczny dla życia. Przy niskich zawartościach cukru we krwi, nawet duże dawki insuliny tylko w bardzo małym stopniu wpływają na jego dalsze zmniejszanie się. Stwierdzono jednak, że czasami wstrząs może wystąpić już przy stosunkowo wysokiej zawartości cukru we krwi 70—80 mg %, w innych zaś przypadkach nie obserwujemy wstrząsu nawet przy spadku zawartości cukru do 40 mg %. Wynikało by z tego, że samo niedocukrzenie nie decyduje jeszcze o wystąpieniu wstrząsu. Wagotonizujące działanie insuliny ujawnia się nie zawsze, np. tętno zachowuje się bardzo zmiennie, widocznie nad wagotonizującym działaniem insuliny przeważają jakieś inne czynniki, przyśpieszające czynność serca. Ostatnio zwrócono uwagę na pobudzający wpływ dużych dawek insuliny na czynność nadnerczy, „uruchomienie" zaś nadnerczy przyczynia się prawdopodobnie do przywrócenia zachwianej równowagi wegetatywno-hormonalnej.

Ocena leczniczego znaczenia leczenia insulinowego dziś nie nasuwa już trudności, wobec pokaźnej ilości przypadków leczonych w kraju i za granicą. Stopień poprawy bywa często oceniany miarą zdolności chorego do pracy, co nie zawsze jest równoznaczne istotnej poprawie stanu psychicznego. Mając to na uwadze, klinika wileńska opracowała pewne kryteria dla oceny stopnia poprawy (remisja, znaczna lub nieznaczna poprawa). Nie będę tu tych rzeczy przytaczał, gdyż można je znaleźć w publikacjach [1]). Jak wynika z danych statystycznych, czas trwania psychozy posiada decydujące znaczenie dla wyników leczenia. Najlepsze wyniki otrzymujemy w pierwszych miesiącach trwania choroby (do 6 miesięcy). W przypadkach o trwaniu powyżej 12 miesięcy wyniki są minimalne. Według statystyki kliniki wileńskiej do kwietnia 1937 roku wyniki leczenia były następujące:

Czas trwania choroby	Ilość przyp.	Bez poprawy 0	Nieznacz. poprawa +	Znaczna poprawa ++	Remisja +++	Remisja + znaczna poprawa
do 6 miesięcy	43	15	4	7	17	24 (55,8%)
od 6 do 12 miesięcy	27	16	7	1	3	4 (14,8%)
powyżej 1 roku	57	51	3	2	1	3 (5,2%)
remitujący	37	16	8	6	7	13 (35%)

Według statystyki M ü l l e r a z 22 zakładów szwajcarskich:

Czas trwania choroby	Ilość przyp.	Bez poprawy	Poprawa	W tym remisja i znaczna poprawa
do 6 miesięcy	210	36 (17,1%)	174 (82,9%)	124 (59,1%)
od 6 do 12 mies.	73	25 (34,3%)	48 (65,8%)	38 (52,1%)
od 1 do 2 lat	88	34 (38.6%)	54 (61,4%)	24 (27,3%)
powyżej 2 lat	124	70 (56,5%)	54 (43,5%)	14 (11,3%)

Przytoczone wyniki odbiegają znacznie od wyników podanych przez S a k l a (88% remisyj i znacznych popraw w świeżych i 47,8% w przewlekłych przypadkach). Ostatnio ogłoszone przez klinikę wileńską wyniki leczenia 84 chorych wyłącznie sposobem intensywnym wykazują w grupie najświeższych przypadków (do 6 miesięcy) 60,4% remisyj i znacznych popraw. Na 39 leczonych przeze mnie w „Kochanówce" (do stycznia 1939 r.) w grupie 14 chorych do roku trwania psychozy, uzyskałem 6 remisyj i 2 znaczne poprawy, tj. około 57%, chociaż sposób stosowania insuliny nie może być uważany jako intensywny, gdyż największa ilość wstrząsów wynosiła 20, przeważnie zaś 15—16. Jakkolwiek w przebiegu schizofrenii liczyć się musimy z pewną ilością samoistnych popraw (obliczaną rozmaicie od 15 do 40%), to jednak wyniki otrzymywane za pomocą leczenia insulinowego są daleko wyższe. Jeśli chodzi o rokowanie, zależnie od postaci psychozy, to na podstawie własnych obserwacyj za najbardziej podatne leczeniu uważam ostre psychozy rozkojarzeniowe.

W 1934 roku psychiatra węgierski Władysław v. M e d u n a wprowadził do lecznictwa psychoz schizofrenicznych kardiazol. Pomysł zastosowania kardiazolu nasunęło mu spostrzeżenie, że między padaczką i schizofrenią istnieje swoisty biologiczny antagonizm, tak więc w statystyce M e d u n y ilość popraw w przebiegu padaczki wynosiła zaledwie 1,05%, a w przebiegu padaczki powikłanej schizofrenią 16%. W poszukiwaniu środków, które pozwoliłyby odtworzyć sztucznie napad padaczkowy, a tym samym stworzyć warunki zbliżone do patofizjologicznych, wybrał kardiazol. *Cardiazol* - Knoll, czyli pentametylenotetrazol jest to znane *analepticum*, mające swój punkt zaczepienia w rdzeniu przedłużonym. Przy słabo zaznaczonych własnościach porażających działa kardiazol pobudzająco na ośrodki naczynioruchowe i oddechowe, w większych dawkach wywołuje silne ośrodkowe pobudzenie, dlatego też przeciętna dawka jest niewysoka i wynosi 0,1. W leczeniu wstrząsowym używa się 10% i 20% roztworów kardiazolu. Kardiazol wstrzykuje się dożylnie (wstrzykiwać należy prędko), stosując 10% roztwór, rozpoczynamy od 5 cm^3 u mężczyzn i 4 albo 3 cm^3 u kobiet, i jeżeli nie wystąpi pożądany wynik, następną dawkę zwiększa się o 1 cm^3. Przy 20% roztworze odpowiednie dawki są dwukrotnie mniejsze. Bez obawy posunąć się można do 1—1½ g kardiazolu na dawkę (według M e d u n y nawet do 3 g). Zwykle stosuje się kardiazol 2—3 razy tygodniowo, jeżeli nie widać poprawy po 10 do 12 zastrzykach, dalsze leczenie jest bezcelowe. Odpowiednio wysoka dawka wywołuje natychmiastowe działanie, występuje napad drgawkowy, podobny do napadu padaczkowego. Chory wydaje zwykle krótki, zdławiony okrzyk, w tejże chwili występuje silny tężcowy skurcz całej muskulatury z utratą przytomności, szczękościskiem, charakterystycznym grymasem, kończyny dolne są zwykle wyprostowane, sztywne, górne zaś przykurczone. Skurcz toniczny ustępuje zwolna, przechodząc w drgawki kloniczne, występuje wybitna sinica twarzy, chrapanie, chory toczy pianę z ust, gałki oczne zwracają się ku górze, źrenice rozszerzają się. W tym stadium dochodzi czasem do mimowolnego oddania moczu i kału. Wreszcie chory wykonuje pierwszy głęboki wdech, sinica twarzy ustępuje, wyładowanie ruchowe się kończy. Czas jakiś po ataku chory jest zamroczony, wyczerpany, wykazuje stan niepokoju sercowego. Reakcja późniejsza w postaci podniecenia lękowego lub płaczu nie zawsze występuje. Płacz, zwłaszcza u katatoników, uważam za objaw prognostycznie pomyślny. Napad trwa od 30 do 50 sekund, rzadko dłużej. By zapobiec zagryzieniu języka, należy choremu uprzednio założyć szpadelek między zęby. W odróżnieniu od leczenia insulinowego leczenie kardiazolowe kryje w sobie to niebezpieczeństwo, że w razie niepomyślnego obrotu sprawy dla chorego, jesteśmy pozbawieni możności interwencji. Poza tym wstrząs kardiazolowy stanowi zabieg bardzo wyczerpujący i przykry dla chorych, wywołując w nich często rozpaczliwą obronę przed zastrzykiem. Przyczyna tego lęku kryje się w niezmiernie przykrych sensacjach, poprzedzających utratę przytomności. W ankiecie H u m b e r t'a i F r i e d e m a n a chorzy określają stan ten rozmaicie, między innymi jako: „uczucie przeraźliwego zimna i zapadania się", „powolne pogrążanie się do jakiejś otchłani", „upadek do ciemnej studni", „uczucie obumierania" itd. Według zgodnej opinii szeregu autorów, dobre wyniki daje leczenie kardiazolowe tylko u tych chorych, którzy oddziaływują na niższe dawki kardiazolu (nie wyższe 0,6—0,7). W obu przypadkach, leczonych w „Kochanówce", u których nastąpił powrót do zdrowia, mieliśmy niskie dawki wstrząsowe (0,4 i 0,6). Według M e d u n y ilość remisyj i znacznych popraw po leczeniu kardiazolem wynosiła 50—60%, według D o m a s z e w i c z a 43%. Chociaż kardiazol daje niekiedy efektowne wyniki, nie są one jednak trwałe, dlatego też niektórzy stosują leczenie mieszane insulinowo-kardiazolowe, starając się wyniki osiągnięte kardiazolem utrwalić przy pomocy insuliny. Najlepsze działanie wykazuje kardiazol w psychozach o wybitnie wyrażonych objawach ruchowych (zarówno hipo-, jak i hiperkineza). Poza schizofrenią stosowaliśmy kardiazol z bardzo dobrym wynikiem w czystych stanach maniakalnych (uspokojenie, skrócenie czasu choroby).

Od kilku lat ponownie coraz szersze zastosowanie znajduje jedna z najstarszych metod, metoda opanowywania stanów podniecenia za pomocą długotrwałego uśpienia. Jeszcze przed trzydziestu laty próbował uzyskać trwały sen przy pomocy trionalu W o l f, w tym przekonaniu, że sen, jako proces asymilacyjny, w czasie którego następuje odpoczynek i odnowienie tkanki mózgowej, nawet sztucznie wywołany, musi wykazać dodatni wpływ w zaburzeniach psychicznych. Nieco później w tym samym celu zaczęto używać luminal-natrium oraz paraldehydu ze skopolaminą *(per rectum)*. W roku 1920 wznowił tę metodę K l ä s i, wprowadzając do narkozy somnifen, który stosował domięśniowo i dożylnie. Wyniki, zebrane przez M ü l l e r a, dotyczące narkozy somnifenowej, wykazały znaczny odsetek śmier-

[1]) J. B o r y s o w i c z, J. P a r a d o w s k i, J. R o s e, St. W i t e k i W. Z a l e w s k i: Leczenie schizofrenii insuliną. Rocznik Psychiatryczny. Z. XXVIII. 1936.

telności (około 5%). Aby uniknąć powikłań Claude i Dozy wprowadzili doustne stosowanie somnifenu, 3 razy dziennie w dawkach wzrastających, w ilości niezbędnej do wywołania 20 godzin snu na dobę, przy czym całe leczenie trwa 14 dni, czyli 280 godzin snu. Ostatnio obok somnifenu coraz częściej używa się dialu, pernoctonu, siarczanu magnezu, awertyny. W wyborze środka decydujące jest, czy odpowiada on określonym wymaganiom, powinien bowiem wywoływać stan głębokiego uśpienia, trwającego kilka godzin, nie powinien kumulować ani działać szkodliwie na krążenie i oddychanie, musi być poza tym łatwy w dawkowaniu i stosowaniu. Pierwszeństwo mają *hypnotica*, podawane doustnie lub doodbytniczo. Awertynę stosuje się w postaci lewatyw w 3% roztworze w ilości 0,08—0,1 na 1 kg wagi. Wywołuje ona narkozę, trwającą od 1 do 3 godzin, po czym chory zasypia na 8 do 10 godzin, należy więc podawać awertynę 2 razy na dobę. Leczenie trwa od 6 do 10 dni. Siarczan magnezu stosuje się domięśniowo w 25% roztworze w ilości 15—20 cm³ raz lub dwa razy na dobę (zwykle z pantoponem) w ciągu 8 dni.

Długotrwałe uśpienie daje najlepsze wyniki w postaciach remitujących oraz w stanach podniecenia katatonicznego u młodych osobników, zwykle jednak jest to działanie objawowe.

Najradykalniejszą bodaj, mającą raczej doświadczalne znaczenie, jest metoda chirurgiczna leczenia psychoz schizofrenicznych, polegająca na częściowej amputacji płatów czołowych. Próby w tym kierunku rozpoczęto w roku 1936 we Francji i Szwajcarii. Bodźcem stał się pogląd, umiejscawiający wyższe czynności psychiczne w płatach czołowych oraz dane kliniczne, potwierdzające częstość występowania zaburzeń psychicznych w schorzeniach płatów czołowych. Na materiale, obejmującym około 20 chorych poddanych powierzchownej obustronnej resekcji płatów czołowych, nie stwierdził Moniz wcale trwałych zaburzeń w sferze ruchowej, ze strony oczu, zwieraczy, w szczególności zaś zaburzeń ataktycznych. Natomiast dołączyły się po zabiegu swoiste zaburzenia psychiczne w postaci aspontaniczności psychicznej, braku wszelkiej inicjatywy i decyzji, apatii, zaburzeń orientacji, bez głębszych jednak defektów krytycyzmu i pamięci oraz akinezy ogólnej o typie pseudoparkinsonoidalnym. Zupełnie inny obraz kliniczny przedstawiał chory, u którego dokonano resekcji jednostronnej. Jakkolwiek sam zabieg wykonano w sposób o wiele bardziej radykalny (całkowita resekcja *lobus praefrontalis*, płaszczyzna cięcia w odległości zaledwie kilku mm ku przodowi od *caput nuclei caudati, cornu anterius ventriculi lateralis i genu corporis callosi)*, to jednak w tym przypadku nie stwierdzono nie tylko żadnych ubytków w zakresie neurologicznym, lecz co ważniejsze, nie doszło tu także do swoistych zaburzeń psychicznych. Zasadnicze zaburzenia psychiczne u wszystkich chorych pozostały bez zmian, toteż zabieg ten należy traktować raczej jako śmiałe doświadczenie, rzucające nowe światło na symptomatologię płatów czołowych.

Jeśli chodzi o zakres lecznictwa objawowego, to poza ogólnie znanymi środkami uspokajającymi i nasennymi, korzystamy chętnie z metod fizykalnych (kąpiele). Zasada otwartych drzwi i dążenie do wciągnięcia naszych chorych w orbitę życia społecznego, jakkolwiek dają czasem doskonałe wyniki, muszą być uważane jednak za pomocnicze środki, raczej wychowawcze niż lecznicze.

Piśmiennictwo

C. Pascal, J. Davesne: Traitement des maladies mentales par les chocs. Masson. Paris 1927. — Sakel: Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Perles. Wien—Leipzig 1935; Schweizer. Archiv für Neurologie u. Psychiatrie. Zürich, 1937. — Dussig und Sakel: Ztschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. H. 3. 1936. — J. Fraenklowa: Roczn. Psych. XVIII. — E. Czajkowski: Roczn. Psych. Z. V; Sowietskaja niewropatołogija, psichiatrija, psichogigiena. T. III, z. 4, II. 12. T. IV, z. 1 i 5, 1934; Niewropatołogija i psichiatrija. T. VI, z. 1, 1937. — Baranowski, Borysowicz, Marzyński, Ossendowski, Paradowski i Witek: Roczn. Psych. XXV. 1935. — J. Rose: Roczn. Psych. XXV. 1935. — Borysowicz, Paradowski, J. Rose, Witek, Zalewski: Roczn. Psych. XXVII. 1936. — Frostig: Wiedza Lek. IX. 1936. — Borysowicz i Marzyński: Roczn. Psych. XXVIII. 1936. — A. Rutkowski: Roczn. Psych. XXVIII. 1936. — Müller: Roczn. Psych. XXVIII. 1936. — F. Berezowski: Roczn. Psych. XXXI. — A. Domaszewicz i A. Erb: Roczn. Psych. XXXI. — A. Opalski: Roczn. Psych. XXXI. — W. Brühl, Z. Kanigowski, J. Olszewski: Roczn. Psych. XXXVI. — W. Zalewski: Roczn. Psych. XXXVI. 1939.

Prace oryginalne

Dr Artur ERB i dr Janina POŹNIAK Lwów

Próby leczenia padaczki kardiazolem

Z Oddziału Chorób Nerwowych i Umysłowych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Prymariusz: Dr A. Domaszewicz

W czasie leczenia kardiazolowego schizofrenii, wedle metody v. Meduny, stwierdza się zwykle następujące zjawisko:

Przy podawaniu chorym kardiazolu śródżylnie dla wywołania napadów drgawkowych, w miarę dłuższego trwania leczenia, pobudliwość drgawkowa u chorych stopniowo maleje i wskutek tego musimy coraz to większe dawki kardiazolu podawać, aby wywołać napady drgawkowe.

I tak dawka kardiazolu, która przed kilkoma dniami wystarczyła do wywołania napadu, okazuje się przy następnym wstrzyknięciu za mała i już napadu drgawkowego nie wywołuje.

Opierając się na tej właściwości kardiazolu, polegającej na zdolności obniżania pobudliwości drgawkowej, poczyniliśmy szereg prób wstrzykiwania kardiazolu dla celów leczniczych u chorych na padaczkę.

W czasie naszych doświadczeń staraliśmy się znaleźć odpowiedź na następujące zagadnienia:

1. Czy właściwość obniżania pobudliwości drgawkowej, którą okazuje kardiazol wstrzykiwany schizofrenikom, wystąpi również u chorych na padaczkę.

2. Czy wysoki stopień pobudliwości drgawkowej, jaki spotykamy u chorych na padaczkę, należy do tej samej pobudliwości, co pobudliwość drgawkowa, ulegająca zmianom u schizofreników w czasie leczenia kardiazolowego.

3. Czy po obniżeniu pobudliwości drgawkowej przy pomocy kardiazolu u chorych na padaczkę znikną samoistne napady drgawkowe.

4. Jaka jest trwałość owego stanu obniżonej pobudliwości drgawkowej, otrzymanej przy pomocy kardiazolu.

Na podstawie naszych doświadczeń, odpowiedź na powyższe pytania przedstawia się następująco:

Ad 1. Wstrzykując kardiazol chorym na padaczkę w tych samych odstępach czasu, jak to czyniliśmy u schizofreników, stwierdziliśmy we wszystkich przypadkach obniżanie się pobudliwości drgawkowej na kardiazol. Podobnie, jak to czyniliśmy u schizofreników, musieliśmy również u chorych na padaczkę podwyższać dawki kardiazolu o 0,1 przy każdym następnym wstrzyknięciu dla utrzymania skuteczności.

Jeśli za próg pobudliwości drgawkowej u danego chorego, w danym czasie uważać cyfrę określającą tę najmniejszą ilość kardiazolu w gramach, która wstrzyknięta śródżylnie jeszcze może wywołać napad drgawkowy, to ów próg pobudliwości drgawkowej u chorych na padaczkę wzrastał najczęściej o 0,1 przy każdym nowym wstrzyknięciu kardiazolu.

Innymi słowy: zachowanie się chorych na padaczkę wobec właściwości kardiazolu, obniżającej pobudliwość drgawkową, było zupełnie podobne do zachowania się u schizofreników.

Ad 2. Na to pytanie dały odpowiedź, między innymi, prace Schoenmehla. Mianowicie Schoenmehl pierwszy wstrzykiwał chorym na padaczkę kardiazol dla celów rozpoznawczych. Wykazał on, że pobudliwość drgawkowa na kardiazol u chorych na padaczkę jest wyższa, aniżeli u zdrowych. W doświadczeniach Schoenmehla próg pobudliwości kardiazolowej wynosił u chorych na padaczkę od 0,05 do 0,3. Badania Langsteinera i Stieflera w ogóle potwierdziły te wyniki. W naszych doświadczeniach porównanie pobudliwości drgawkowej u schizofreników i u chorych na padaczkę wykazało również wielką rozpiętość obu wartości.

Wobec tego nie ulega wątpliwości, że pobudliwość drgawkowa na kardiazol u chorych na padaczkę jest wyższa, aniżeli u osobników zdrowych. U osobników zdrowych próg pobudliwości drgawkowej waha się od 0,5 do 0,9.

Pozwala nam to przypuszczać, że wysoka pobudliwość drgawkowa chorych na padaczkę jest taka sama, jak wysoka pobudliwość kardiazolowa, którą w naszych doświadczeniach chcemy obniżyć.

Ad 3. Wśród wielu, bliżej zresztą nieznanych zmian, jakie występują w ustroju chorego na padaczkę, a które warunkują powstanie napadów drgawkowych, warunkiem podstawowym, koniecznym, jest wzmożona pobudliwość drgawkowa. Można tedy uchronić chorego od napadów przez usunięcie owego podstawowego warunku przy pozostawieniu wszystkich innych warunków w stanie niezmienionym.

Na naszym materiale:

1) we wszystkich przypadkach padaczki uzyskaliśmy stan obniżonej pobudliwości drgawkowej i zniknięcie samoistnych napadów drgawkowych,

2) próg pobudliwości kardiazolowej, przy którym znikły napady drgawkowe, wynosił w naszych przypadkach od 0,8 do 1,2.

Ad 4. O trwałości stanu obniżonej pobudliwości drgawkowej u chorych na padaczkę nie możemy na razie nic pewnego powiedzieć. Pewne światło rzucają na tę sprawę przypadki schizofreników, leczonych kardiazolem; wielu spośród nich wróciło na Oddział z nawrotem i było ponownie leczonych kardiazolem.

Przy tej sposobności mogliśmy stwierdzić, że chorzy, którzy np. przed rokiem otrzymywali wstrzykiwania kardiazolu, obecnie (tj. po upływie roku) jeszcze wykazują obniżoną pobudliwość drgawkową.

Dla ilustracji podajemy tabelę zestawiającą stan pobudliwości kardiazolowej u schizofreników podczas pierwszego leczenia, ze stanem pobudliwości drgawkowej przy ponownym leczeniu w okresie nawrotu.

Przypadek	Próg pobudl. początk.	Data I wstrzyknięcia	Czas remisji (do następn. leczenia)	Próg pobudl. pocz. podczas recydywy	Data I wstrzyknięcia podczas recydywy	Próg pobudl. przy końcu I leczenia
Z. J.	0,8	25. IV. 1938	około 6 mies.	1,3	15. X. 1938	1,8
J. B.	0,8	15. VI. 1938	około 2 mies.	1,2+1,3*)	17. VIII. 1938	2,2
L. N.	0,5	6. XI. 1937	około 9 mies.	0,5+0,6	1. VII. 1938	0,6
S. B.	0,5+0,6	5. VII. 1938	około 3 mies.	0,9	1. IX. 1938	1,1
P. E.	0,4	30. V. 1937	około 15 mies.	0,8+0,9	2. VIII. 1938	1,2

Jak widać, obniżona pobudliwość drgawkowa na kardiazol utrzymuje się przez dość długi czas, po pewnym czasie zaczyna się obniżać, ale dzieje się to bardzo wolno; przy czym szybkość opadania progu pobudliwości jest prawdopodobnie zależna od wysokości ostatniej dawki kardiazolu.

Dotychczasowe dane nie pozwalają na ułożenie jakiegoś dokładniejszego schematu, ponieważ sprawa jest w trakcie prób.

Na razie schemat leczenia jest następujący:

Wstrzykujemy chorym co trzeci dzień śródżylnie roztwór kardiazolu w dawkach wzrastających, począwszy od 0,3 kardiazolu. Wszystkie inne środki oczywiście odstawiamy. Po osiągnięciu takiego progu pobudliwości, przy którym znikają napady drgawkowe samoistne, leczenia nie przerywamy, lecz wstrzykując nadal kardiazol staramy się osiągnąć próg pobudliwości wynoszący 2.

W planie mamy następujące postępowanie:

Poleciliśmy chorym zgłaszać się co 3 miesiące dla kontrolowania szybkości spadku ich progu pobudliwości. Gdyby ów próg osiągnął poziom o 0,1 czy 0,2 wyższy od poziomu, przy którym podczas leczenia znikły samoistne napady, wtedy przeprowadzilibyśmy ponowne leczenie kardiazolem dla osiągnięcia poziomu wynoszącego 2.

Przyp. I. Chora Z. K., lat 21, rzym.-kat., wychowanica zakładu dobroczynności, przyjęta na Oddział dnia 26. IX. 1938. Bez obciążenia dziedzicznego. W dzieciństwie dur brzuszny. Ukończyła 5 klas szkoły powszechnej, podobno uczyła się dość dobrze. Pierwsza miesiączka w 17 roku życia, następne regularne. Przed rokiem, podobno po silnym przestrachu, po raz pierwszy wystąpił napad drgawek połączony z utratą przytomności. Następnie, podobne napady powtarzały się kilka a nieraz kilkanaście razy na dobę. Podczas napadu często przegryza język. Moczu pod siebie nie oddaje.

Badaniem neurologicznym zmian się nie stwierdza. Narządy wewnętrzne bez zmian. Wa we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

Z chorą często trudno nawiązać kontakt, podczas rozmowy płacze i wtedy przestaje odpowiadać. Zorientowana w miejscu i czasie, o stosunkach domowych i rodzinnych opowiada w sposób uporządkowany. Zadania rachunkowe łatwe rozwiązuje z trudnością, często błędnie. Wie, że stolicą Polski jest Warszawa, jednak podaje, że leży ona nad Dniestrem.

W dniu przybycia na Oddział chora miała 6 typowych napadów padaczkowych.

---

*) Jeśli pierwsze wstrzyknięcie nie wywołuje napadu drgawkowego, wtedy przed upływem dwóch minut wstrzykujemy po raz drugi kardiazol w dawce o 0,1 większej.

Dnia 27. IX. wstrzyknięto chorej 0,4 kardiazolu śródżylnie. Napad drgawkowy nie wystąpił.

W ciągu następnych trzech dni chora miewa około 10 napadów padaczkowych na dobę. Bromu, ani żadnych środków barbiturowych nie otrzymuje.

Dnia 1. X. otrzymała 0.6 kardiazolu. W kilka sekund po wstrzyknięciu wystąpił napad padaczkowy, trwający 2 minuty. W czasie napadu chora oddała mocz pod siebie. Po napadzie sen trwający 30 minut.

Chora otrzymuje co trzeci dzień kardiazol, w dawkach wzrastających o 0,1. Wstrzykiwania wywołują obecnie zawsze napad padaczkowy, trwający nieraz parę minut. Po napadzie sen, trwający $^{1}/_{2}$—1 godziny. Po osiągnięciu dawki 0,7 kardiazolu, ilość napadów zaczęła się zmniejszać, dochodząc do 2 albo 3 napadów na dobę. Po osiągnięciu dawki 0,8 kardiazolu, samoistne napady przestały się pojawiać. Chora otrzymuje nadal kardiazol co trzeci dzień, aż do osiągnięcia dawki 1,5.

Dnia 16. XI. opuszcza Oddział.

Przez ostatnie 18 dni nie otrzymywała kardiazolu, ani żadnych innych środków. Napadów nie było. Oddział komunikuje się listownie z chorą, dowiadując się o dalszym jej losie. Dotychczas (od dwóch miesięcy) chora napadów nie miewa.

Przyp. II. A. P., lat 25, gr.-kat., pomocnik handlowy. Przyjęty na Oddział dnia 24. XI. 1938 roku. W wywiadach chory podaje: Siostra umysłowo chora. Poza tym wywiady rodzinne bez znaczenia. Od urodzenia opadnięcie powieki prawej. Od 5 roku życia występują u chorego napady drgawkowe, połączone z utratą przytomności, podczas których chory nieraz kaleczył się dotkliwie, przegryzał sobie język, oddawał mocz i stolec pod siebie. Napady powtarzały się kilka lub nieraz kilkanaście razy na dobę. Po rozpoczęciu leczenia (chory przyjmował gardenal, rutonal itp.), częstość napadów zmniejszała się w zależności od dawki przyjmowanych środków, dochodząc do 5 albo 6 napadów na tydzień. Najdłuższy okres beznapadowy trwał 1 tydzień. Zdarzało się to jednakże bardzo rzadko. Okresowo stany depresywne z myślami samobójczymi.

Badaniem przedmiotowym, poza opadnięciem powieki prawej, bardzo żywymi odruchami ścięgnistymi i obustronnym objawem Oppenheima, zmian nie stwierdzono. Wa we krwi ujemny.

Chory w zachowaniu się na Oddziale natrętny, drażliwy, często zaczepny i złośliwy.

W dniu przyjęcia na Oddział chory miał 2 typowe napady padaczkowe. Otrzymuje na razie gardenal, 3 razy dziennie po 0,1, z wyjątkiem tych dni, w których dostaje kardiazol. Kardiazol, wstrzykiwany co trzeci dzień w dawkach wzrastających od 0,3 do 0,7 napadu drgawkowego nie wywoływał. Przy dawce 0,8 kardiazolu wystąpił napad drgawkowy. Od tego dnia chory przestaje dostawać gardenal. Chory obecnie oddziałuje napadem drgawkowym po każdym wstrzyknięciu kardiazolu. W tym czasie miewa 1—2 napady samoistne na dobę. Napady te jednakże są krótsze, niż poprzednio, czasami mają charakter *petit mal*.

Po osiągnięciu dawki 1,2 kardiazolu, napady samoistne już się nie powtórzyły.

Chory jest nadal w naszej obserwacji i do dnia dzisiejszego (12. I. 1939) napadów nie miewa.

Przyp. III. (Stan pomroczny padaczkowy). Chora M. D., lat 29, przyjęta na Oddział dnia 6. IV. 1938.

Wywiady podane przez męża: Dziedzicznie nie obciążona. Od dzieciństwa miewała konwulsje. Ukończyła 4 klasę gimnazjalną, uczyła się dość dobrze. Była roztrzepana, lekkomyślna, często kłamała, unosiła się bardzo łatwo. Miesiączki prawidłowe. W 28 roku życia wyszła za mąż, nie rodziła, nie roniła. W 16 roku życia pierwszy napad padaczkowy, napady te powtarzały się nieraz nawet 2 razy dziennie. Czasami występowały one w charakterze „*petit mal*". Przed tygodniem nagle chora w bieliźnie weszła do mieszkania sąsiadów, nie zdawała sobie sprawy, co się z nią dzieje. Przyprowadzona do domu zaczęła mówić bez związku. Od tej pory chora nie chce opuścić łóżka, jest chwilami niespokojna, zrywa się, krzyczy, mówi bardzo niewyraźnie. Jada tylko wtedy, gdy się ją karmi. Źle sypia.

Na Oddziale chora stale leży w łóżku z oczyma przymkniętymi, od czasu do czasu uśmiecha się, mówiąc coś niezrozumiale. Na pytania odpowiada bez związku. Zupełnie niezorientowana w miejscu i w czasie. Przy badaniu niektóre polecenia proste spełnia. W ogóle wykazuje dużą zmienność w nastroju, czasami apatyczna, to znowu bardzo niespokojna, zrywa się z łóżka, chce uciekać „do Kanady", krzyczy, wymyśla lekarzom i osobom pielęgnującym. Dłuższego kontaktu nawiązać z nią nie można. Stale musi się ją karmić.

Otrzymuje wstrzykiwania glukozy oraz gardenal w zastrzykach i doustnie.

Dnia 13. IV. wykonano nakłucie lędźwiowe, płyn wodojasny, wydobywał się pod znacznym ciśnieniem, w płynie Pandy ++, limfocytów 14/3. WR. we krwi oraz w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny.

Dnia 18. IV. wykonano odmę czaszkową, wprowadzono 60 cm³ powietrza. Na zdjęciu komory się nie wypełniły, widoczna tylko obfita ilość powietrza w rowkach mózgowych.

Stan chorej ulega dalszemu pogorszeniu, jest ona nadal zamroczona, psychoruchowo niespokojna, czasami gwałtowna i agresywna.

Dnia 23. IV. bardziej apatyczna, bez kontaktu.

Dnia 26. IV. otrzymała 0,4 kardiazolu śródżylnie. Napad drgawkowy nie wystąpił. Po południu chora wstaje z łóżka, zupełnie zorientowana, przytomna, zdradza amnezję obejmującą cały okres zamroczenia.

Dnia 27. IV. stan psychiczny nadal poprawny. Rozmawia żywo z lekarzami i chorymi. Uprzejma, taktowna, wdzięczna za leczenie.

Dnia 29. IV. drugie wstrzyknięcie kardiazolu (0,5) śródżylnie, w kilkanaście sekund potem napad drgawkowy.

Dnia 2. V. 0,6 kardiazolu śródżylnie. Napad drgawkowy.

Dnia 5. V. samoistny napad padaczkowy.

Dnia 8. V. 0,6 kardiazolu. Bez napadu.

Dnia 13. V. Nie otrzymuje od 8 dni ani kardiazolu, ani żadnych innych środków. Opuszcza Oddział bez objawów.

Otrzymała polecenie napisania do nas w razie jakichkolwiek objawów. Dotychczas jednak nie otrzymaliśmy żadnej wiadomości [1]).

We wszystkich trzech przypadkach stwierdza się tedy po osiągnięciu pewnej dawki kardiazolu *zniknięcie samoistnych napadów padaczkowych*, zarówno podczas dalszego leczenia, jak i na pewien czas, na razie jeszcze nieokreślony, po ukończonym leczeniu.

Najważniejszym zagadnieniem byłoby możliwie największe przedłużenie owego stanu obniżonej pobudliwości drgawkowej; w każdym razie dotychczasowe dane mogą stanowić podstawę do wypracowania takiej metody leczniczej, która by okazała się skuteczną przy ciężkich i średniociężkich przypadkach padaczki.

Piśmiennictwo

v. Meduna: Z. Neur. 152, 235, 1935. — Schoenmehl: Münch. med. Wschr. I. 1936. — Langelüddeke: Z. Neur. 161, 1938. — Langsteiner i Stiefler: Z. Neur. 161, 347, 1938. — Winiarz: Pol. Gaz. Lek. 44, 1937.

[1]) Winiarz podawał kardiazol w 5 przypadkach ekwiwalentów padaczkowych z dobrym skutkiem.

Dr Artur ERB Lwów

Oznaczanie stopnia chwiejności poprawy insulinowej

Z Oddziału Chorób Nerwowych i Umysłowych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Prymariusz: Dr A. Domaszewicz

W pracy dotyczącej psychopatologii stanów niedocukrzenia i u schizofreników leczonych insuliną staraliśmy się wykazać, że jedną z odmian odczynu późnego poinsulinowego jest poprawa psychiczna. Poprawa poinsulinowa wykazuje wszystkie właściwości odczynu późnego, a więc, między innymi, wielką chwiejność w swym przebiegu. Chwiejność poprawy poinsulinowej polega na tym, że jeśli w pierwszych dniach pojawiania się poprawy odstawimy insulinę, wtedy po krótkim czasie poprawa znika, ustępując miejsca nowemu pogorszeniu. Opierając się na tym zjawisku wprowadziliśmy specjalną próbę, nazwaną przez nas *próbą przerywania*, mającą na celu odróżnianie popraw insulinowych od samoistnych.

Próba ta składa się z dwóch faz:

I. W pierwszej fazie odstawiamy insulinę (w pierwszych dniach po wystąpieniu poprawy). Jeśli w krótki czas (po 5—6 dniach) po odstawieniu insuliny wystąpi pogorszenie, wtedy uważamy, że I faza próby przerywania dała wynik dodatni. Jeśli poprawa nie ulegnie żadnej zmianie, mimo odstawienia insuliny, wtedy uważamy że wynik próby przerywania jest ujemny.

W drugiej fazie próby przerywania podajemy ponownie insulinę. Jeśli po otrzymaniu w II fazie wystąpi poprawa, uważamy całą próbę przerywania za dodatnią. Poprawę psychiczną, w której próba przerywania wypadła dodatnio, uważamy za poprawę insulinową, w przeciwstawieniu do poprawy samoistnej, w której próba przerywania wypada zawsze ujemnie.

Próba przerywania ma nie tylko znaczenie teoretyczne, to jest daje nam ona nie tylko możność odróżniania popraw insulinowych od samoistnych. Przy pomocy próby przerywania możemy mierzyć, albo raczej oznaczać stopień chwiejności poprawy insulinowej. Chwiejność poprawy insulinowej oznaczamy przez ułamek, w którego liczniku znajduje się ilość dni, jaka upłynęła od dnia ponownego podjęcia leczenia insulinowego (w II fazie próby przerywania) aż do dnia wystąpienia ponownej poprawy. W mianowniku znajduje się liczba określająca, w ile dni po odstawieniu insuliny (w I fazie próby przerywania) wystąpiło pogorszenie.

Liczbę znajdującą się w liczniku nazywamy *mianem II fazy*, zaś liczbę znajdującą się w mianowniku *mianem I fazy*. A więc stopień chwiejności poprawy insulinowej przedstawia wzór:

$$\text{Ch (chwiejność)} = \frac{f_2 \text{ (miano II fazy)}}{f_1 \text{ (miano I fazy)}}$$

Na przykładzie: U jednej z naszych chorych przerwano leczenie insulinowe w drugim dniu poprawy insulinowej [1]). Po 4 dniach pojawiło się pogorszenie. Wtedy podaliśmy ponownie insulinę i poprawa wystąpiła dopiero w 14 dniu ponownego leczenia insulinowego. Chwiejność poprawy u tej chorej da się wyrazić przez ułamek 14/4.

Istnieje pewna zależność pomiędzy mianem I fazy, a mianem II fazy. Mianowicie okazało się z naszych obserwacyj, że im większe jest miano I fazy, tym mniejsze jest miano II fazy. Podajemy zestawienie miana I i II fazy dla 10 przypadków, uporządkowane wedle wielkości miana I fazy.

		I faza	II faza
I	przyp.	2	5
II	„	3	17
III	„	4	14
IV	„	4	4
V	„	4	6
VI	„	7	4
VII	„	8	4
VIII	„	14	3
IX	„	14	2
X	„	21	2

Jak widać, w miarę wzrastania miana I fazy wyraźnie maleje miano II fazy.

Chwiejność poprawy insulinowej, mierzona w wyżej podany sposób, wykazuje pewne swoiste właściwości. Przede wszystkim stopień chwiejności poprawy insulinowej nie jest wielkością stałą. Stopień chwiejności poprawy insulinowej jest wrażliwy na działanie insuliny i w czasie dłuższego leczenia wyraźnie maleje, aż w końcu dochodzi do stanu, w którym próba przerywania wypada ujemnie, to jest do fazy utrwalonych odczynów późnych. Próbę przerywania wykonaliśmy w 2 dniu poprawy insulinowej w 22 przypadkach, przy czym w 19 przypadkach próba była dodatnia; w trzecim dniu poprawy insulinowej wykonaliśmy próby przerywania w 15 przypadkach, z czego w 11 przypadkach wypadła dodatnio. Natomiast wśród 13 przypadków siedmiodniowej poprawy, próba przerywania wypadła zaledwie w 4 przypadkach dodatnio.

Chwiejność poprawy insulinowej podlega bardzo szerokim wahaniom indywidualnym. Stopień chwiejności poprawy insulinowej w drugim dniu poprawy wahał się w różnych przypadkach od 5/2 do 2/21; zaś w siódmym dniu poprawy insulinowej wynosił od 5/7 do zupełnie ujemnej próby przerywania.

Zdaje się, że istnieje zależność pomiędzy stopniem chwiejności poprawy insulinowej, a długością całej poprawy poinsulinowej. Jest zatem prawdopodobne, że stopień chwiejności mógłby do pewnego stopnia określać prognozę na dłuższą metę.

Mieliśmy sposobność w 3 przypadkach porównać stopień chwiejności poprawy insulinowej z długością trwania stanu poprawy, aż do następnego nawrotu.

We wszystkich trzech przypadkach mieliśmy stopień chwiejności stosunkowo wysoki. Mianowicie wynosił on w I przypad-

[1]) Ostatnio, aby nie zaszkodzić choremu (ze względu na częste, bardzo wysokie miano II fazy) wykonujemy próbę przerywania nie wcześniej, jak w trzecim dniu poprawy.

ku 5/2, w II 7/3, zaś w III 4/4. Natomiast czas trwania poprawy wynosił w I przyp. 1 miesiąc, w II przyp. 3 miesiące, zaś w III przyp. około 5 miesięcy.

Poprawę insulinową można by sobie wyobrazić, jako pewnego rodzaju próbę przerywania, ale rozciągniętą (wyprojektowaną) na większy okres czasu. Innymi słowy, w próbie przerywania mielibyśmy nic innego, jak prawdziwą poprawę, ale w miniaturze. Albowiem zarówno w poprawie (zakończonej nawrotem z ponownym leczeniem i z ponowną poprawą) jak i w próbie przerywania mamy do czynienia:

1) z poprawą psychiczną po insulinie,
2) odstawieniem insuliny,
3) przemijaniem poprawy, ustępującej miejsca nowemu pogorszeniu,
4) ponownym podjęciem leczenia insulinowego,
5) ponowną poprawą.

Dlatego można by też każdą poprawę zakończoną nawrotem i ponownym leczeniem określać takim samym ułamkiem, jakim określaliśmy stopień chwiejności poprawy insulinowej, przy czym okres trwania poprawy odpowiadałby mianu pierwszej fazy (mianownik), zaś okres ponownego leczenia (czas trwania leczenia aż do ponownej poprawy) odpowiadałby mianu drugiej fazy (licznik).

A więc np. psychoza o poprawie trwającej 1 rok z następowym pogorszeniem, która minęła po 35-dniowym leczeniu insulinowym (35 dniu insulinowym) można by określić ułamkiem 35/365 [2]).

Jeśli zechcemy tedy porównać ze sobą stopnie chwiejności oraz poprawy we wspomnianych trzech przypadkach, to będą wyglądały następująco:

	stopień chwiejności	poprawy
I przyp.	5/2	20/30
II „	7/3	40/90
III „	4/4	35/150

(Bezwzględne cyfry nie maleją, tylko osobno maleją czasy poprawy i ulegają przedłużeniu czasy leczenia).

Nie wysnuwamy na razie oczywiście żadnych ogólnych wniosków; widać jednak z powyższych trzech przypadków, że:

1) wszystkie trzy przypadki mają stosunkowo wysoki stopień chwiejności oraz stosunkowo krótki czas poprawy,

2) stopień chwiejności od przypadku I do III kolejno stopniowo maleje, a okres poprawy od przypadku I do III kolejno wzrasta.

Wygląda to tak, jakby stopień chwiejności poprawy insulinowej miał się odwrotnie proporcjonalnie do długości poprawy.

Już o wiele większym materiałem chorych rozporządzamy, jeśli idzie o stopnie chwiejności, które nazwaliśmy *maksymalnymi stopniami chwiejności poprawy* insulinowej.

O stopniu chwiejności maksymalnej mówimy wtedy, gdy w czasie już rozpoczętej poprawy insulinowej występuje pogorszenie, mimo że się leczenia insulinowego nie przerywa.

Mieliśmy 9 przypadków z maksymalnym stopniem chwiejności poprawy insulinowej, z czego 5 przypadków wróciło na Oddział z nawrotem. Poprawa we wszystkich 5 przypadkach trwała następująco:

I przyp.	2 tygodnie
II „	3 miesiące
III „	5 „
IV „	5 „
V „	14 „

Jak widać, ustalenie maksymalnego stopnia poprawy insulinowej zdaje się zapowiadać krótki okres poprawy.

Ostatnio, od czasu, gdy oznaczamy stopień chwiejności poprawy insulinowej, staramy się w wypadkach stwierdzonej maksymalnej chwiejności, o ile możliwe, jak najwięcej przedłużyć leczenie, dla uniknięcia zbyt szybkiego nawrotu.

Nie trzeba dodawać, że dokładne ustalenie owych zależności, na które staraliśmy się zwrócić uwagę, mogłoby nam umożliwić dokładniejsze określenie poprawy nie tylko pod względem statycznym (zupełna poprawa, częściowa poprawa itd.), ale także pod względem niejako dynamicznym, co w dalszej perspektywie mogłoby być podstawą do stosowania leczenia zapobiegawczego insuliną w czasie poprawy.

[2]) Dla zaokrąglenia obliczamy zawsze miesiąc jako 30 dni, rok jako 365 dni, nawet wtedy, kiedy rodzina w wywiadach podaje ogólnikowo (mniej więcej) ilość miesięcy, czy lat.

Piśmiennictwo

Domaszewicz i Erb: Roczn. Psych. 14—15, 1938. — A. Erb: Pol. Gaz. Lek. Nr 7, 1938. — A. Erb: Z. Neur. 162. — A. Erb i A. Domaszewicz: Psychiatr. Neur. Wschr. Nr 33, 1938. — Dussik i Sakel: Z. Neur. 155. — Sakel M.: Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Wien, 1935. — Mueller G. P.: Fortschr. Neur. Z. 4, 1937.

Dr med. Wanda ZIĘKIEWICZ-PIOTROWSKA Warszawa

Nabieg krwawy rogówki — infiltratio sanguinea corneae

Z Oddziału Kobiecego Instytutu Oftalmicznego w Warszawie
Ordynator: Dr Z. Wojno

Przypadki nabiegu krwawego rogówki nie są zjawiskiem codziennym i nawet przy większym ruchu chorych spotyka się je sporadycznie. Fakt ten skłania mnie do przedstawienia przypadku nabiegu krwawego rogówki, jaki miałam możność zaobserwować na Oddziale dra Wojno, a który przedstawiałam na posiedzeniu T-wa Okulistycznego w Warszawie w dniu 21 września 1938 roku.

Dnia 3. VIII. 1938 r. zgłosiła się do mnie w Przychodni Instytutu Oftalmicznego chora S. P., lat 63, z prośbą o zaświadczenie niezdolności do pracy.

W anamnezie podała, że przed rokiem była operowana w Instytucie na oku prawym z powodu jaskry, zaś na oko lewe widzi jakby „za mgłą".

Badanie wykazało:

Oko prawe: Coloboma pooperacyjne tęczówki. W soczewce sprychowate zmętnienia.

Visus = 6/20 c + 3 D sph.
Sn = 1 C + 6 D sph.
T = 18 mm Hg.

Oko lewe prawidłowe, poza jednolitym zamgleniem soczewki.

Visus = 6/20 c + 3 D sph.
Sn = 1,5 c + 6 D sph.
T = 16 mm Hg.

Po zmierzeniu ciśnienia wkroplono chorej 2% pilokarpinę.

Następnego dnia, tj. w dniu 4. VIII. 1938 r. zgłosiła się chora na Oddział z ostrym atakiem jaskry na oku lewym, który wystąpił u niej w nocy.

Zastosowano kilkakrotnie w ciągu dnia mieszankę składającą się z ½% ezeryny, 2% pilokarpiny i 1% morfiny. Pod wpływem tych leków, zwężających źrenicę, ciśnienie obniżyło się do normy.

Wobec zrozumiałego wstrętu chorej do tonometrii, ciśnienie badano palpacją.

Dnia 8. VIII. 1938 r. wykonano u chorej *irydektomię przeciwjaskrową* na oku lewym, które nie wykazywało już podrażnienia i miało ciśnienie normalne.

Przebieg operacji był jak najzupełniej prawidłowy.

Na drugi dzień po operacji oko spokojne, a w przedniej komorze na dnie stwierdza się krew na 1 mm.

Dnia 10. VIII. 1938 r., czyli na trzeci dzień po operacji, chora wzywała w nocy siostrę dyżurną, z powodu gwałtownego bólu oka operowanego (lewego).

Przy rannej wizycie lekarskiej stwierdzono: powieki lekko obrzękłe, oko podrażnione, mierna chemoza, *komora przednia pełna krwi,* ciśnienie wzmożone + 3.

Mimo stosowania mieszanki M. E. P. (morfina, ezeryna, pilokarpina), kompresu pod ceratką, zmienianego co 2 godziny, upustu krwi ze skroni *(Herteloup)* — stan ten utrzymywał się do dnia 17. VIII. 1938 r.

Bóle oka uśmierzano cibalginą w pastylkach, z krótkotrwałym powodzeniem oraz stosowano parokrotnie upusty krwi ze skroni.

Dopiero począwszy od dnia 18. VIII. 1938 r., podrażnienie oka zaczęło się zmniejszać, a ciśnienie stopniowo się obniżało.

Dokładne badanie było uniemożliwione wskutek zachowania się chorej, dotkniętej dużym światłowstrętem i skarżącej się ustawicznie na bóle oka i złe samopoczucie.

W dniu 28. VIII. 1938 r. oko bez podrażnienia, ciśnienie normalne.

Przy dokładnym badaniu stwierdzono, że cała rogówka, prócz paska szerokiego na ½ mm dookoła rąbka, przez który widać tęczówkę i wolną od krwi komorę przednią, jest nieprzeźroczysta, brunatno zabarwiona.

W ciągu następnego tygodnia, w czasie którego stosowano dwa razy dziennie 2% pilokarpinę, 1 raz dziennie 5% dioninę i kompres pod ceratką — przeźroczysty pasek rogówki rozszerzył się do 2 mm. Jednocześnie rogówka zaczęła się wyjaśniać w części środkowej.

Badanie w lampie szczelinowej wykazało: nabłonek rogówki przejrzysty, miąższ nieprzeźroczysty, brunatno zabarwiony, przy czym widoczna jest jego grudkowatość. W centrum rogówka półprzeźroczysta pozwala zobaczyć źrenicę, zasłoniętą szarym wysiękiem. Od góry w koloboma widać przekrój soczewki. Głębszych naczyń na rogówce nie ma; natomiast w warstwach powierzchownych wchodzi w nią parę pętli z rąbka.

Do dnia przedstawienia chorej rogówka się wyjaśniła na znacznie większej przestrzeni tak, że w dolnych 2/3 częściach była już częściowo przeźroczysta, zaś w 1/3 górnej części była zupełnie nieprzeźroczysta, przedstawiając się jako zmętniała szybka. Mimo tego, zmętnienie rogówki zachowało aż do dnia opuszczenia oddziału przez chorą *kształt soczewki zwichniętej do przedniej komory*.

Nadmieniam przy tym, że tylko w tym miejscu, gdzie rogówka uległa już wyjaśnieniu, a więc w centrum, widać było przednią i tylną powierzchnię tej niby soczewki. Na tylnej powierzchni widać było osady barwikowe.

Przez cały czas, począwszy od dnia 29. VIII. 1938 r. aż do dnia opuszczenia oddziału, tj. do dnia 4. X. 1938 r., oko było miękkie i bez podrażnienia.

Więcej na Oddział się nie zgłaszała.

Nabieg krwawy rogówki — infiltratio seu imbibitio sanguinea corneae — nie jest jednostką chorobową w całym tego słowa znaczeniu.

Występuje bowiem jako objaw towarzyszący w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z silnym wylewem krwawym do przedniej komory, na skutek bądź to urazów tępych lub przebijających oko, bądź też pojawia się w przebiegu takich schorzeń oka, jak *iridocyclitis* i *glaucoma*.

R o n n e dopatruje się przyczyny tego zjawiska w krwawiączce.

Warunkiem koniecznym powstania nabiegu krwawego rogówki jest mała skłonność wylewu krwawego do wsysania się.

Zdaniem F l e d e l i u s a (Dania) nabieg krwawy rogówki zdarza się w 23% wszystkich wylewów krwawych do przedniej komory.

W przypadkach takich można zaobserwować, że rogówka przybiera w centrum barwę zielonkawo-brunatną, a na obwodzie pozostaje dookoła rąbka przeźroczystą.

Powyższe zmiany w rogówce występują, według D a m e l a, w ciągu 8—15 dni po wylewie krwawym.

W ten sposób z towarzyszącego wylewowi krwawemu objawu wytwarza się obraz choroby, którego cechą charakterystyczną jest to, że środek rogówki do 1 mm od rąbka jest zmętniały i wygląda jakby zielonawo-brunatna szybka, widoczna pod gładkim nabłonkiem, a przesłaniająca dalsze szczegóły oka.

Według F l e d e l i u s a, barwa tego nabiegu krwawego może przechodzić od brunatnej, przez zielono-brunatną, czerwono-brunatną do czekoladowej, przy czym rogówka w centrum jest zgrubiała i ma wygląd ziarnisty.

Zmiany w rogówce, na skutek nabiegu powstał, są w większości przypadków trwałe.

Rzadko tylko rogówka się wyjaśnia, owa. szybka staje się coraz mniejsza i w końcu znika, co trwać może, według D a m e l a, 1—2 lat.

W miejscu nabiegu wytwarzają się głębokie naczynia krwionośne podobnie, jak w *keratitis parenchymatosa*.

Mechanizm powstawania nabiegu krwawego rogówki, według D a m e l a, przedstawia się następująco:

Na skutek urazu następuje przedarcie tzw. przez niego *„irisciliardiaphragma"* i następowe krwawienie do przedniej komory.

Anatomiczny podkład nabiegu krwawego tworzą nie ciałka czerwone krwi, lecz produkty ich rozpadu, które w stanie rozpuszczonym przenikają przez całą (zdrową) lub uszkodzoną błonę Descemeta ku przodowi oka.

H o w e l L. B e g l e potrafił w każdym przypadku nabiegu krwawego wykazać smugi absorpcyjne hemoglobiny, za pomocą mikrospektroskopu Zeissa, w świeżo oddzielonych rogówkach.

Badania powyższe dowodzą, że w przypadkach nabiegu krwawego nie może chodzić o przekrwienie, jak to słusznie podnosił E l s c h n i g, tylko o krwawe zabarwienie miąższu rogówki.

W preparatach histologicznych widzimy (jak dowodzą E l s c h n i g, D a m e l i F l e d e l i u s) bezpostaciowe barwiki, które dają odczyn na żelazo.

Ponadto występują niekiedy drobne, błyszczące *ziarenka*, silnie załamujące światło, leżące intralamelarnie.

Właściwości chemicznych tych ziarenek nie znamy.

Wiemy tylko, że dają się one barwić jedynie Giemzą i jej podobnymi mieszaninami, a odróżniają się znacznie od złogów hyaliny, amyloidu, koloidu itp.

Z uwagi na to, że ziarenka te nie zawsze występują, nie można odnosić do nich tego zielonkawo-brunatnego zabarwienia rogówki.

Należy raczej przypuszczać, że ziarenka te stanowią *bezbarwne produkty rozpadu krwi*. Nie rozpuszczają się onę ani w alkoholu, eterze, chloroformie i benzynie, ani też w stężonych kwasach i zasadach.

Rozpoznanie różniczkowe. Nabieg krwawy rogówki, jak już wyżej wspominałam, należy odróżniać od *luxatio lentis*, a więc zwichnięcia soczewki do przedniej komory oka.

W lampie szczelinowej zróżniczkowanie nie nastręcza trudności.

Gdyby to była zwichnięta soczewka, a nie wylew krwawy rogówki, to:

1) gdzie nabłonek rogówki,

2) przez górną wolną część widać przekrój soczewki prawdziwej,

3) z boku wchodzi tu płytka barwikowa, między błonę Descemeta a nabłonek, jak moneta do skarbonki.

Jako leczenie nabiegu krwawego rogówki, wszyscy autorowie zalecają nakłucie przedniej komory i wypuszczenie krwi.

W opisanym przeze mnie przypadku nakłucia nie stosowano, przeprowadzając *leczenie zachowawcze*, a nakłucie zastąpiono upustami krwi ze skroni.

Następstwem nabiegu krwawego rogówki jest, według D a m e l a, pogorszenie się bystrości wzroku nie tylko wskutek zmian w rogówce, lecz również z powodu uszkodzenia ciałka rzęskowego, naczyniówki, siatkówki itp.

Przypadek powyższy jest jeszcze o tyle godniejszy uwagi, że w praktyce prywatnej mógłby spowodować niekiedy roszczenie o odszkodowanie.

Atak jaskry wystąpił bowiem zaraz w nocy, po uprzednim badaniu lekarskim, a między innymi po badaniu ciśnienia i zmusił chorą do poddania się zabiegowi operacyjnemu. Trzeciego dnia po operacji wystąpiło powikłanie w postaci wylewu krwawego do przedniej komory oka i następowego nabiegu krwawego rogówki.

Jakkolwiek więc powikłania te były zupełnie niezależne od lekarza i nie powstały jako następstwo jakiegoś uchybienia, czy błędu sztuki lekarskiej, mogłyby przecież w dobie obecnej, rojącej się od tego rodzaju procesów, spowodować u takiej chorej żądanie odszkodowania, gdyby to chodziło o chorą leczoną i operowaną prywatnie, a nie w szpitalu.

Dr I. GOPENCHAJM Wilno

Rzadki przypadek wady rozwojowej ucha zewnętrznego

Z Oddziału Oto-Laryngologicznego Szpitala św. Jakuba w Wilnie
Ordynator: Dr S. L e w a n d e

Ucho zewnętrzne powstaje z części łuku skrzelowego żuchwowego i gnykowego, ograniczających pierwszą zewnętrzną kieszonkę skrzelową. Małżowina uszna powstaje z sześciu guzków, które układają się w dwa szeregi po trzy w każdym. Pierwsze trzy nazywamy guzkami usznymi żuchwowymi, drugie zaś trzy gnykowymi. Za guzkami żuchwowymi leży tzw. „swobodny fałd uszny". Przed pierwszym i drugim guzkiem powstaje „przedni fałd uszny". Ze zlania się tylnego i przedniego fałdu tworzy się obrąbek *(helix)*. Odnoga obrąbka *(crus helicis)* powstaje ze zlania się guzków drugiego i trzeciego. Pierwszy i szósty — rozdziela wcięcie międzyskrawkowe *(incisura intertragica)*. Guzek pierwszy zamienia się w skrawek *(tragus)*, szósty w przeciwskrawek *(antitragus)*, guzek czwarty i piąty tworzą grobelkę *(antihelix)*. Płatek powstaje później z dolnego końca fałdu usznego. W szóstym miesiącu życia płodowego małżowina, zawierająca już podstawę chrzęstną (od trzeciego miesiąca życia płodowego), oddziela się od głowy i na jej wolnym brzegu dają się zauważyć 2 ostre kąty w postaci wyrostków, tzw. guzków nadskrawkowych *(tub. supratragica)* odpowiadających wierzchołkowi małżowiny i guzkowi Darwina.

Według dzisiejszych pojęć antropologicznych, małżowina przedstawia narząd szczątkowy i dlatego właśnie jej konfiguracje wahają się w szerokich granicach i w większości wy-

padków (95% — Banaka) wahania te powinny być zaliczone do odchyleń mieszczących się w ramach fizjologicznych, a reszta (około 5%) do wad rozwojowych.

Wady rozwojowe ucha dadzą się wytłumaczyć (wg Rohra-Gradeniego) embriologią tego narządu (niedostateczne zamknięcie dwóch górnych łuków skrzelowych, zahamowanie w rozwoju odsznurowania się poszczególnych części) lub przyczynami pozapłodowymi, jak zmiany zapalne błon płodowych, ucisk pępowiny, sprawy zapalne wewnątrzmaciczne.



Ryc. 1



Ryc. 2

Zaburzenia rozwojowe ucha mogą się łączyć z podobnymi zaburzeniami innych narządów, np. połowy twarzy — Apert, Montard, Sassjedatielew, Novak —, mogą dotyczyć obu uszu — Szumlański-Szmurło, a w obrębie jednego ucha — poszczególnych odcinków narządu słuchowego lub też kilku na raz.

Zaburzenia rozwojowe małżowiny mogą dotyczyć jej rozmiarów, umiejscowienia, dodatkowych składników i zarysów.

Do pierwszej grupy zaburzeń zaliczyć możemy całkowity brak małżowiny (*anotia*) (Iwat), wystąpienie jej w postaci zaczątkowego, chrzęstnego lub skórnego zawiązka obrąbka w kształcie wałka, haka lub spirali (Knapp), zwiniętych rolek (Schwartze, Zaufal, Guranowski i Hunt), bądź też kalafiorowatych wyrośli (Moos i Steinbrügge). Te postacie zaliczamy do mikrotii. Do tej grupy należy też przerost małżowiny (*makrotia*). Podczas gdy nadmiernemu rozrostowi małżowiny nie towarzyszą zaburzenia rozwojowe innych części narządu słuchowego, to przy mikrotii najczęściej mamy zarośnięcie przewodu lub jego niedorozwój, a rzadziej spotykamy się z niedorozwojem błony i jamy bębenkowej, ucha środkowego i wewnętrznego, twarzy, żuchwy oraz z wilczą paszczą.

Zaburzenia w umiejscowieniu opisywane są w wypadku usadowienia się małżowiny na policzku lub, jeszcze rzadziej, na szyi (Apert, Sassjedatielew, Neuborn i Novak).

Z dodatkowych składników opisywali małżowiny podwójne (*biotia*) Knapp, Bol, Kleyn i Kompanejetz, małżowiny mnogie (*poliotia*) Casselbon i Langer, przydatki umieszczone przed skrawkiem lub pod małżowiną Virchov, Szmurło i Kompanejetz.



Ryc. 3

Przy zaburzeniach w zarysach zewnętrznych małżowiny do najczęściej opisywanych należą:

Ucho makaka (macaccus) — wada rozwojowa, polegająca na tym, że obrąbek w części zstępującej jest rozszczepiony, spłaszczony i wyciągnięty do tyłu.

Ucho Wildermutha — grobelka jest tak silnie rozwinięta, że stoi wyżej od poziomu obrąbka.

Ucho kocie — nadmierny rozwój górnego brzegu skrawka górnej części małżowiny połączony z jej zwisaniem.

Ucho Darwin-Woolnera — zgrubienie na brzegu obrąbka z tyłu i z góry.

Ucho satyra — małżowina ze zgrubieniem na górnym brzegu poziomym obrąbka, stożkowato w tym miejscu zwężająca się.

Lercopithecus — jest to połączenie ucha satyra i Darwina.

Przypadek, który mieliśmy możność obserwowania, nie daje się zaliczyć do żadnej z wymienionych wyżej kategoryj i dlatego zasługuje na uwagę.

Chora Z. J., lat 26, mężatka, zgłosiła się w dniu 1 kwietnia 1938 roku do szpitala podając, że od urodzenia ma „dziwne ucho", które stale przykrywa włosami. Z wywiadów zdołałem stwierdzić, że jest czwartą córką w rodzinie, z porodu normalnego, u normalnych, zdrowych rodziców. Nie zauważyła u rodziców, ani wśród krewnych żadnych dalszych zaburzeń rozwojowych. Chora raz rodziła oraz raz roniła, dziecko jest zdrowe i rozwija się normalnie.

Badanie nie wykazało odchyleń od normy w narządach wewnętrznych.

Nos, gardło i krtań bez zmian. Ucho lewe, poza stożkowatym, nieco nadmiernym rozrostem skrawka, normalne, zarówno co do budowy anatomicznej jak i co do czynności.

Małżowina prawa (ryc. 1 i 2) wykazuje następujące odchylenia od normy:

a) w miejscu skrawka mamy twór chrząstkowy, pokryty normalną skórą, węższy na górze, rozszerzający się i grubszy ku dołowi, wreszcie dzielący się na dwie odnogi: przednią dłuższą i tylną krótszą,

b) płatek uszny wąski, długi, nie tworzy zaokrąglenia będącego przedłużeniem obrąbka,

c) przeciwskrawek — niewykształcony,

d) brak wcięcia międzyskrawkowego,

e) jama muszli *(cavitas conchae)* jest duża, gdyż pokrywa wejście przewodu słuchowego skórą, dającą się nieznacznie wpuklić w kierunku domniemanego przewodu.

Zdjęcie rentgenologiczne wykazało normalny rozwój przewodu i wyrostka sutkowego.

Badanie stroikami: Weber w prawo, Rinne — ujemny, c₅ słyszy dobrze, do C nie słyszy wcale.

Dnia 4 kwietnia operacja. Operacja polegała na częściowym oddzieleniu płatka i zszyciu go z odświeżonym tylnym brzegiem krótszej odnogi chrząstkowego tworu w ten sposób, że część przednio-górna płatka zawiera chrząstkę. Następnie przez cięcie skóry na powierzchni przyśrodkowej usunięto z tworu chrząstkowego nadmiar chrząstki. Przedni płat skóry zagięto nad wolnym brzegiem chrząstki ku tyłowi tak, że linia szwów znalazła się ku przyśrodkowi i stała się niewidoczną. W ten sposób stworzono skrawek i uzyskano dobry wynik kosmetyczny (ryc. 3, zdjęcie dokonane po zdjęciu szwów).

Wskutek wystąpienia nielicznych czyraków w pobliżu małżowiny, udrożnienie przewodu, które miało stanowić następny akt operacji, zostało odłożone.

Niestety, chora dotychczas się nie zgłosiła do szpitala. Skądinąd wiemy, że wynik operacyjny został utrzymany, a nawet pod wpływem czasu blizna na płatku straciła na wyrazistości tak, że chora jest zupełnie zadowolona ze swego stanu, chociaż uchem prawym słyszy gorzej niż lewym.

Nowe środki lecznicze

Dr Wacław MUCHO Warszawa

Działanie przeciwbólowe Panalginy

Spostrzeżenia kliniczne

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Ewangelickiego w Warszawie
Dyrektor: Dr Feliks Podkoliński

„Sedare dolorem divinum opus est" — myśl ta, wypowiedziana przez Hipokratesa, od czasów starożytnych do dnia dzisiejszego nie przestała wyrażać jednego z najgłówniejszych celów leczenia. Uśmierzenie bólu — oto pierwsza pomoc, jaką cierpiący spodziewa się otrzymać od lekarza; równocześnie jest to jednak zadanie, którego rozwiązanie sprawia nieraz duże trudności. Postęp nauki postawił do rozporządzenia lekarza cały szereg środków przeciwbólowych działających skutecznie; leki te jednak nie są przeważnie pozbawione ujemnych działań ubocznych: przyzwyczajenia, zmuszającego do niezbyt bezpiecznego zwiększania dawek i prowadzącego często do nałogu, dalej uszkodzeń narządów wewnętrznych, zwłaszcza układu krążenia itp. Zadanie znalezienia skutecznego środka przeciwbólowego wikła się tedy zagadnieniem nieszkodliwości leku. Wartość każdego środka przeciwbólowego polegać winna na niezawodnym działaniu zasadniczym i dobrej tolerancji.

Upatrując w leczeniu przeciwbólowym jeden z głównych działów współczesnej terapii, uznałem za właściwe donieść o wynikach stosowania przeze mnie, wytwarzanej w kraju Panalginy, która w moich doświadczeniach na materiale klinicznym obejmującym przeszło 200 przypadków okazała się skutecznym i zupełnie nieszkodliwym środkiem przeciwbólowym.

Panalgina jest połączeniem amidopiryny z dwuallylomalonylomocznikiem (Dorminal). Koncepcja tego połączenia oparta jest na znanej zasadzie współdziałania (synergii) czynników farmakodynamicznych (Bürgi). Według tej zasady, zespolenie dwóch czynników potęguje wydatnie ich działanie we wspólnym kierunku, przy czym inne — odrębne, lub kolidujące ze sobą — cechy farmakologiczne każdego ze składników w połączeniu tym znoszą się lub ulegają znacznemu osłabieniu. Wybitne wzmożenie działania przeciwbólowego w porównaniu z działaniem każdego z jej składników z osobna, jest zasadniczą zaletą Panalginy; z drugiej strony działanie nasenne Dorminalu i pobudzające amidopiryny znoszą się wzajemnie. W wyniku średnia dawka skuteczna Panalginy wynosi tylko 0,25 g (1 tabl.) i jest o wiele mniejsza, niż dawki innych przetworów pyrazolonowych; z drugiej strony dwukrotne, a nawet jeszcze znaczniejsze zwiększenie dawki Panalginy nie powoduje żadnych niepożądanych objawów ubocznych.

Materiał kliniczny, w którym stosowałem Panalginę, obejmował różnorodne przypadki chorobowe, w których ból był bądź głównym objawem cierpienia, bądź tylko drugorzędnym, towarzyszącym zasadniczemu schorzeniu.

Rozpoznania kliniczne przedstawiały się następująco:

Napady kolki wątrobowej	23	przyp.
Napady kolki nerkowej	19	„
Ostre zapalenie wielostawowe	11	„
Bóle stawowe przewlekłe różnego pochodzenia	17	„
Zapalenie n. kulszowego	9	„
Postrzał (lumbago)	11	„
Rak przewodu pokarmowego	4	„
Zapalenie opłucnej	8	„
Zapalenie miedniczek nerkowych	4	„
Migreny	7	„
Nerwobóle: n. trójdz., n. międzyżebrowych	12	„
Bolesne miesiączkowanie	13	„
Bóle zębów	24	„
Bóle głowy	46	„
Ogółem:	208	przyp.

Przegląd tych rozpoznań wskazuje, że miałem do czynienia ze stanami bólowymi różnego pochodzenia, a co najważniejsze, o różnym charakterze i nasileniu bólu; ujęcie z grubsza pozwoli tu wyodrębnić stany bólowe ostre — jak napady kolki, ostre stany zapalne stawów, opłucnej itp., oraz stany bólowe przewlekłe, sprawiające dolegliwości choremu zarówno z powodu natężenia bólu, jak i z powodu jego długiego trwania.

Jak wspomniałem, poza przypadkami, gdzie ból był jednym z objawów zasadniczych głównego schorzenia, miałem jeszcze możność stosowania Panalginy u chorych leczonych z powodu różnorodnych przewlekłych schorzeń narządów wewnętrznych, u których w przebiegu leczenia występowały przypadkowe bóle, nie mające ścisłego związku z głównym schorzeniem. Dość liczną grupę stanowiły tu chore z bolesnym miesiączkowaniem, dalej zaliczały się tu bóle głowy, bóle klatki piersiowej, spowodowane zrostami opłucnowymi, wreszcie bóle zębów itp. Również i w tej grupie przypadków (ogółem 83) oddała mi Panalgina dobre usługi jako środek przeciwbólowy.

Mając do dyspozycji Panalginę w różnych postaciach — ampułki, tabletki, krople oraz proszek do receptury, mogłem sobie wyrobić zdanie o skuteczności i szybkości działania oraz szczegółowych wskazaniach każdej z nich.

Oczywistą jest rzeczą, że ampułki nadają się przede wszystkim do stosowania w stanach bardzo ostrych, o przebiegu i nasileniu gwałtownym (napady kolki żółciowej, nerkowej itp.). Działanie analgetyczne wstrzykiwań domięśniowych, jak mogłem stwierdzić, było w niektórych przypadkach natychmiastowe, najpóźniej w ciągu 5 minut. Żadnych objawów bolesności miejscowej lub jakiegokolwiek odczynu w miejscu wstrzyknięcia nie stwierdzono. W niektórych przypadkach lek podawano dożylnie w ilości $^1/_2$—1 amp., niekiedy w roztworze cukru gronowego 20%. W ogóle wstrzykiwania dożylne, wykonywane powoli, były dobrze znoszone. Tylko w kilku przypadkach obserwowałem przemijający zawrót głowy. Uważam jednak za godne polecenia przede wszystkim wstrzykiwania domięśniowe, umożliwiają one bowiem równie szybkie osiągnięcie skutku analgetycznego, jak przy podaniu dożylnym, są zaś prostsze w wykonaniu.

Równie skuteczne, nieco tylko później występujące działanie analgetyczne obserwowałem przy stosowaniu postaci doustnych Panalginy, tj. kropel i tabletek, przy czym mogłem stwierdzić pewną różnicę w szybkości działania kropel. To szybkie stosunkowo (10—15 min.) występowanie działania przeciwbólowego po użyciu Panalginy w tabletkach i kroplach zachęciło mnie do stosowania tych postaci doustnych nawet w przypadkach ostrych; należy bowiem często liczyć się z warunkami materialnymi chorego prywatnego oraz trudnościami związanymi ze stosowaniem wstrzykiwań. Możność zastąpienia wstrzykiwań doustnym podawaniem leku stanowiłaby znaczne udogodnienie. Rzeczywiście wyniki stosowania postaci doustnych Panalginy w niektórych przypadkach ostrych stanów bólowych były w zupełności zadawalające.

Na szczególną uwagę zasługuje długotrwałe działanie przeciwbólowe Panalginy w tabletkach — po dawce 1 tabl. utrzymuje się ono średnio w ciągu 8 godz., a po 2 tabl. — do 12 godz., przy czym działanie to od razu osiąga należyty stopień nasilenia i utrzymuje się przez cały czas jednakowo.

Stosowanie tabletek, dzięki ich stałemu dawkowaniu i wygodnej w użyciu postaci, wysuwa się na pierwszy plan tam, gdzie chory leczy się sam, tj. gdy chodzi o schorzenia leczone ambulatoryjnie, w przychodni szpitalnej lub w praktyce prywatnej. U wspomnianej grupy 83 chorych stosowałem właśnie Panalginę w tabletkach. Na podstawie własnych spostrzeżeń doszedłem do przekonania, że tabletki Panalginy można, ze względu na dobrą tolerancję, uznać za nadające się do szerokiego stosowania we wszelkich stanach bólu.

Zastosowanie Panalginy w kroplach jest takie same, jak tabletek, krople nadają się szczególnie do stosowania przy trudnościach w połykaniu, u osobników nie umiejących połykać tabletek, np. u dzieci itd.

W kilkunastu przypadkach miałem możność używania Panalginy w postaci proszku. W kilku przypadkach kolki nerkowej, gdzie czopki z papaweryną i *extr. Belladonnae* nie dawały należytego wyniku, a gdzie wstrzyknięcia Panalginy nie mogły być wykonane, dodatek Panalginy do czopków w ilości 0,25—0,5 odniósł znakomity skutek uśmierzając bóle. Taki sam skutek wywarły czopki w przypadkach raka przewodu pokarmowego, gdzie doustne podawanie nie było pożądane. Zastosowanie Panalginy w czopkach w tych przypadkach zastępowało w zupełności i czyniło zbyteczne podawanie przetworów makowca. Żadnych objawów niepożądanych przy użyciu czopków z Panalginą nie stwierdziłem. W kilku przypadkach połączyłem Panalginę *pulv.* z innymi składnikami w proszkach (*extr. Belladonnae, Papaverinum, Opium pulv.*), przy czym wynik przeciwbólowy nie różnił się od zadziałania postaci oryginalnych doustnych.

Dane liczbowe, dotyczące stosowania poszczególnych postaci Panalginy przedstawiają się, jak następuje:

Wstrzykiwania domięśniowe lub dożylne	w	36 przyp.
Krople	w	18 „
Tabletki	ca w	140 „
Czopki złożone, zawierające Panalginę	w	8 „
Proszki złożone	w	6 „

Dla uzupełnienia przytoczę jeszcze stosowane przeze mnie dawkowanie Panalginy:

Średnia dawka jednorazowa przy stosowaniu tabletek — 1 tabl. (0,25 g).

Średnia dawka jednorazowa przy stosowaniu kropel — 30 kropel.

Średnia dawka jednorazowa przy stosowaniu wstrzykiwań domięśniowych lub dożylnych — 1 amp. à 2 cm³.

Dla ilustracji moich rozważań nad działaniem Panalginy podaję poniżej kilkanaście przypadków z materiału klinicznego.

1. Chora K. M., lat 35. rozpozn.: *cholecystitis calculosa.* Choruje od roku, w ciągu tego czasu miała kilka napadów bólów trwających do kilku godzin, mimo stosowania czopków z morfiną i belladoną. Ostatnio ataki kolki nasiliły się i występowały prawie co drugi dzień, wskutek czego chora przybyła do szpitala. W czasie powyższego bólu zastosowano wstrzyknięcie Panalginy; napad po niespełna 5 minutach ustąpił całkowicie.

2. Chora Z. K., lat 30. *Polyarthritis rheumatica.* Silne bóle i obrzęk wszystkich stawów. Chora pomimo stosowania salicylatów i piramidonu jęczy z bólów, nie może zmieniać pozycji. Podano wobec powyższego 4 razy dziennie po 30 kropel Panalginy. Już po pierwszej dawce chora poczuła dużą ulgę, a na drugi dzień bolesność stawów ustąpiła prawie całkowicie.

3. Chora S. T., lat 45. *Nephrolithiasis.* Przed trzema miesiącami silny atak kolki nerkowej, wstrzyknięto morfinę, bóle nie ustępowały i dopiero po ponownym zastosowaniu morfiny z atropiną chora poczuła ulgę. Ponieważ bóle powtórzyły się, chora zgłosiła się do szpitala. Tutaj wstrzyknięto w czasie takiego napadu 1 ampułkę Panalginy; skutek był dobry, gdyż bóle ustąpiły w ciągu kilku minut.

4. Chora S. S., lat 14. *Polyarthritis rheumatica.* Zgłosiła się do szpitala z powodu bólów we wszystkich stawach, zwłaszcza barkowych i łokciowych. Choroba trwa od 4 lat, kiedy to po przebytym zapaleniu gardła dostała zapalenia stawów i zapalenia wsierdzia. Od tego czasu miała bóle w stawach ze zmiennym natężeniem. W momencie przybycia do szpitala bóle były bardzo silne, ciepłota 39°. Zastosowano salicylaty; ciepłota obniżyła się po 3 dniach, lecz bóle utrzymywały się. Wobec tego dano chorej 4 razy dziennie po 1 tabletce Panalginy. Chora już po pierwszej tabletce poczuła znaczną ulgę i w ciągu pierwszego dnia mogła poruszać swobodniej rękami i nogami.

5. Chora M. B., lat 60, zgłosiła się do ambulatorium z powodu bólów gośćcowych w lewym stawie kolanowym. Bóle wystąpiły przed 3 laty, a ostatnio znacznie się nasiliły. Zastosowano 3 razy dziennie po 1½ tabletki Panalginy. Po tygodniu chora zgłosiła się ponownie. Bóle znacznie się zmniejszyły. Zalecono nadal 3 razy dziennie po jednej tabletce.

6. Chora D. D., lat 20, zgłosiła się do ambulatorium z powodu silnych bólów głowy, występujących codziennie około godziny 5 po południu i nie ustępujących po zastosowaniu normalnych proszków od bólu głowy. Chora podaje, że objawy te ma od miesiąca i łączy je z nauką. Stan obecny: zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Badanie narządu wzroku odchyleń od normy nie wykazuje. Ciśnienie krwi 120/80. W układzie nerwowym zmian nie stwierdza się. Zalecono środki wzmacniające i 1—2 tabl. Panalginy w razie bólów głowy. Po 2 tygodniach chora zgłosiła się na badanie powtórne. Bóle występują znacznie rzadziej, a pod wpływem Panalginy ustępują w ciągu 10 minut.

7. Chora H. K., lat 50. *Ulcus ventriculi.* Zgłasza się na Oddział Wewnętrzny z powodu silnych bólów w okolicy żołądka, występujących w ½ godz. po jedzeniu, rozdymania i kwaśnych odbijań.

Badanie treści żołądkowej nasuwa podejrzenie wrzodu żołądka; prześwietlenie rentgenologiczne żołądka stwierdza niszę wrzodową w okolicy krzywizny małej. Zastosowano dietę mleczną i leczenie bizmutem. Chora w dalszym ciągu ma napady silnych bólów, zwłaszcza wieczorem.

Zalecono dodatkowo 3 razy dziennie po 30 kropel Panalginy. Bóle ustępowały w 5—8 minut po użyciu kropel.

8. Chora G. M., lat 45. *Ischias dextra.* Zgłasza się do szpitala z powodu zapalenia nerwu kulszowego prawego. Choroba trwa 2 miesiące. Badanie krwi na odczyny WR i citocholowy = +++; zastosowano leczenie swoiste. Dodatkowo na bóle dawano doraźnie 3 razy dziennie po 30 kropel Panalginy. Bóle znacznie się zmniejszyły. Chora może spać w nocy. Gdy pewnego dnia z powodu wyczerpania się zapasów nie dano Panalginy, bóle zjawiły się z dawną ostrością i dopiero ustąpiły, gdy z powrotem zaczęto dawać Panalginę.

9. Chora Z. J., lat 40. *Lumbago.* Zgłasza się do szpitala z powodu silnych bólów w okolicy krzyża, uniemożliwiających zmianę położenia ciała. Podano *natr. salicylicum* 10% à 10 cm³ dożylnie. Bóle zmniejszyły się, lecz chora nie może jeszcze siadać i zmieniać pozycji bez silnych bólów. Podano wobec powyższego 3 razy dziennie po 30 kropel Panalginy. Chora już w 10 minut po 1 dawce poczuła wielką ulgę, a następnego dnia mogła już sama usiąść bez większych wysiłków.

10. Chora O. W., lat 15. *Colitis acuta.* Przybyła do szpitala z powodu ostrych bólów w całym brzuchu, biegunek. Stolec śluzowaty bez krwi. Bóle te wystąpiły przed 2 dniami po spożyciu suchej kiełbasy. Podano 1½ łyżki stołowej oleju rycynowego, zalecono dietę ścisłą, worek gumowy z gorącą wodą i 3 razy dziennie po 30 kropel Panalginy. Panalgina dała prawie natychmiastową ulgę. Stan chorej z dnia na dzień polepszał się i po 6 dniach chora wypisała się z poprawą.

11. Chora J. W., lat 32. *Cholecystitis calculosa.* Przybyła do szpitala z powodu ostrego napadu bólów w prawym podżebrzu idących do prawej łopatki, wymiotów żółcią, wzdęcia.

Ma podobne objawy od 3 lat. Normalnie odczuwa przepełnienie i ciążenie w okolicy wątroby, mdłości w 1 godzinę po zjedzeniu nawet lekkich pokarmów. Ataki bólów występują ostatnio prawie co 2—3 dni. W domu brała czopki z morfiną i belladoną — bóle wtenczas ustępowały w 1—2 godzin. Po wstrzyknięciu morfiny z atropiną wynik analgetyczny występował dopiero po 15 minutach, dając przy tym uczucie silnego osłabienia. W czasie takiego ataku w szpitalu wstrzyknięto chorej 1 ampułkę Panalginy — bóle znikły po 5 minutach. Dla utrwalenia okresu bez bólów podawano 3 razy po 30 kropel Panalginy, a poza tym zastosowano leczenie solą morszyńską, ciepłymi okładami i preparatami żółciopędnymi. Ponieważ w ciągu 10 dni napad nie powtórzył się, chora (nie chcąc poddać się operacji) wypisała się do domu.

12. Chora C. B., lat 40. *Nephrolithiasis.* Przybyła na Oddział Wewnętrzny z powodu silnych bólów w prawej okolicy lędźwiowej, promieniujących ku przodowi i dołowi, miała przy tym parcie na mocz, wymioty i uczucie rozpierania w brzuchu. Choroba rozpoczęła się przed 2 tygodniami od wyżej wymienionych objawów.

Badanie moczu wykazało białka 0,3%, leukocytów 2—5 w polu widzenia oraz czerwonych ciałek krwi wyługowanych do 100—120 w polu widzenia. Pyelografia wykazała obecność

kamienia w górnej połowie prawego moczowodu. W czasie napadu zastosowano zastrzyk Panalginy, po którym bóle w ciągu 8 minut znacznie się zmniejszyły. Jednocześnie podawano napar ziół moczopędnych do 3 szklanek dziennie oraz 3 łyżki gliceryny. Codziennie dostawała poza tym 3 razy po 30 kropel Panalginy. Napadu od tej chwili chora nie miała, a prześwietlenie rentgenologiczne nie wykazało obecności kamienia w drogach moczowych.

13. Chora Z. T., lat 45. *Carcinoma ventriculi et hepatis.* Zgłosiła się do szpitala z powodu bardzo silnych bólów w okolicy prawego podżebrza, promieniujących do prawej łopatki oraz na cały brzuch, ma przy tym silne wzdęcia, odbijanie i wymioty treścią zieloną i gorzką. Przed rokiem dostała powyższych bólów, przy czym wystąpiła żółtaczka, zjawiło się swędzenie skóry, stolce stawały się coraz jaśniejsze i gliniaste, a mocz koloru ciemnego piwa.

Przedmiotowo stwierdza się bardzo duże wycieńczenie. W narządach klatki piersiowej nie stwierdza się specjalnych zmian. Wątroba duża, twarda o powierzchni guzowatej, a w okolicy żołądka stwierdza się guz twardy, wielkości dużej pomarańczy; poza tym żółtaczka wybitna i ślady zadrapań na skutek swędzenia. Stolce odbarwione i mocz barwy brunatnej.

Stan nie nadający się do jakiejś czynnej interwencji.

Wobec bardzo częstych bólów, podawano chorej 3 razy dziennie po 1 tabletce Panalginy, a oprócz tego 2 razy dziennie wstrzykiwano po 1 ampułce Panalginy. Napady znikły, pozostała jedynie lekka bolesność całego brzucha, co już chora uważała za znaczne polepszenie.

14. Chora Z. O., lat 50. *Carcinoma hepatis et metastases peritoneales.* Chora przed 2 laty była operowana z powodu raka piersi lewej. Dokonano operacji usunięcia piersi wraz z gruczołami pachowymi. Chorą poddano 30 naświetlaniom promieniami Roentgena. Po upływie 2 lat zgłosiła się do szpitala z powodu bólów w brzuchu oraz zwiększenia jego objętości do bardzo dużych rozmiarów. Ma poza tym duszność, nie może chodzić.

Badanie przedmiotowe stwierdza obecność płynu w jamie brzusznej, granica stłumienia w pozycji stojącej znajduje się w połowie odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Zrobiono nakłucie brzucha i wypuszczono do 6 litrów płynu krwistego. Jako leczenie objawowe (przeciwbólowe) zastosowano wstrzyknięcie oraz krople Panalginy. Bóle bardzo się zmniejszyły.

15. Chora K. M., lat 39. *Asthma bronchiale.* Zgłasza się do szpitala z powodu silnego kaszlu i duszności, uniemożliwiających jej leżenie. W związku z czym chora tylko siedzi, nie może spać. Jest bardzo osłabiona. Zastosowano środki wykrztuśne, autohemoterapię, zastrzyki adrenaliny z atropiną. Duszność jest znacznie mniejsza. Pozostały jedynie silne bóle przeponowe, na które teraz głównie chora się uskarża. Zastosowano więc wstrzyknięcie Panalginy i zaczęto podawać systematycznie 3 razy dziennie po 25 kropel Panalginy. Bóle znikły. Chora jest spokojna, nie ma duszności, śpi w nocy.

16. Chora L. Z., lat 21. Bolesne miesiączkowanie, zgłosiła się do ambulatorium ze skargami na bardzo silne bóle w dole brzucha, pojawiające się na 1 dzień przed miesiączką i trwające przez cały czas miesiączkowania. Bóle są tak gwałtowne, że chora musi koniecznie leżeć, stosuje okłady gorącymi woreczkami z piasku oraz różne środki znieczulające, począwszy od zwykłych proszków od bólu głowy a kończąc na 40 kroplach Inoziemcowa.

Zalecono jej przy następnej miesiączce używanie 3 razy dziennie po 1 tabletce Panalginy na 2 dni przed miesiączką oraz przez cały czas jej trwania. Chora zastosowała się do przepisu lekarskiego i ku swej wielkiej uciesze bólów, poza pewną obolałością, nie miała, pomimo że nie leżała w łóżku.

17. Chora K. M., lat 39. *Pleuritis sicca sinistra.* Przybyła do szpitala z powodu silnych bólów kłujących w lewej połowie klatki piersiowej przy oddychaniu. Chora ma przy tym suchy kaszel, przy którym bóle te nasilają się, jak zaznacza, „nie do zniesienia".

Przedmiotowo stwierdza się pod lewą łopatką i w linii pachowej lewej rozległe tarcie opłucnowe. Zastosowano 3 razy dziennie po 1$^1/_2$ taletki Panalginy, przy równoczesnych wstrzykiwaniach *calc. gluconicum.* Bóle już pierwszego dnia znacznie złagodniały, a w czwartym dniu chora nie odczuwa żadnych sensacyj przy oddychaniu.

18. Chora M. R., lat 51. *Pyelitis.* Przybyła do szpitala z powodu silnych bólów w okolicy krzyża, idących ku przodowi do pęcherza moczowego, mocz oddaje często, przy czym ma bóle przy końcu oddawania moczu. Ciepłota 37,5°. Choroba zaczęła się przed tygodniem silnymi bólami; brała różne środki, salol z urotropiną z dodatkiem belladony.

W moczu wykryto białka 0,33‰, liczne leukocyty rozsiane po całym polu widzenia, czerwone ciałka krwi poszczególne w polu widzenia. Zastosowano salol i urotropinę po 0,5 i dodatkowo dano 3 razy dziennie po 1 tabletce Panalginy. Bóle zmniejszyły się znacznie i później już w skargach chorej nie przeważały.

Wnioski

1. Doświadczenie oparte na materiale łącznie około 200 przypadków pozwala orzec, że Panalgina jest skutecznym środkiem przeciwbólowym.

2. Działanie Panalginy występuje stosunkowo bardzo szybko; przy podaniu pozajelitowym często natychmiast, najpóźniej w ciągu 5 minut od wstrzyknięcia; po postaciach doustnych — tabletkach i kroplach — w ciągu 10—15 min.

3. Zarówno w ostrych, jak i przewlekłych stanach bólowych działanie Panalginy okazało się równie skuteczne. Ze względów zrozumiałych w ostrych stanach wskazane jest stosowanie postaci najszybciej działającej, tj. ampułek; jeżeli warunki nie pozwalają na dokonanie wstrzyknięcia, należy użyć postaci doustnej, zwłaszcza kropli. W przypadkach przewlekłych, w przypadkowych bólach lub dających się określić, jako przejściowe, nadają się do stosowania raczej postacie doustne, przy czym działanie tabletek jest bardziej długotrwałe: po 1 tabl. utrzymuje się ono 3—4 godz., po 2 tabl. 4—5 godz. W przypadkach z utrudnionym z różnych powodów połykaniem, pierwszeństwo mają krople lub czopki.

4. Żadnego działania ubocznego przy stosowaniu Panalginy w dawkach leczniczych nie stwierdzono, jedynie po wstrzyknięciach dożylnych występuje czasem lekki zawrót głowy, odczuwany podmiotowo, bez zaburzeń tętna; zachowanie ostrożności przy wstrzykiwaniach dożylnych, tj. wolnego wstrzykiwania umożliwia uniknięcie i tych objawów.

5. Panalgina umożliwia częstokroć znaczne ograniczenie lub zgoła czyni zbyteczne stosowanie narkotyków z grupy makowca.

Bibliografia

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 13. 1939. Fliederbaum J.: Rola śledziony w przemianie materii. — Wajsberg E.: O nowoczesnym leczeniu rzeżączki związkami sulfamidowymi. — Dworecki I.: W sprawie formułowania wyników ilościowych badań laboratoryjnych (dok.). — Leński M.: Witamina C w leczeniu stanów gorączkowych i schorzeń przewodu pokarmowego. — Jankowski Z.: O mleku na Pomorzu.

Ginekologia Polska. T. XVIII. Z. I—II. Lauber J.: Zapobieganie rzeżączkowemu zapaleniu spojówek u noworodków. — Beck H.: O przeszczepianiu śluzówki trzonu macicy w przypadkach częściowego i doszczętnego usunięcia macicy. — Szygowski L.: O zapobieganiu rzucawce. — Szenwic W.: Odtworzenie kanału menstruacyjnego za pomocą przeszczepienia trąbki do zarośniętej macicy. — Ficenes J. N.: Przypadek pierwotnego raka jajowodu. — Ficenes J. N.: Gruźlica pochwy. — Ficenes J. N.: Przypadek prawdziwej missed labour. — Kelhoffer A.: Przypadek ciąży śródmiąższowej. — Szenwic W.: Ognisko mięsakowate w mięśniaku macicy. Serini M.: Dwa przypadki wypadnięcia pępowiny. — Serini M.: Próby odklejania łożyska sposobem Gabastou.

Wiedza Lekarska. Nr 3. 1939. Zandowa N.: Nowe pojęcia o histerii. — Szour M.: O podstawach wytycznych badania i leczenia chorych na dychawicę oskrzelową.

Kronika Wenerologiczna. Nr 3. 1939. Grzybowski M.: Niektóre idee przewodnie syfilologii współczesnej. — Wróblewska H. i Sztolcman-Łapińska J.: Wyniki leczenia rzeżączki u dzieci związkami sulfamidowymi (Uliron). — Jędrzejewski St.: Chemoterapia rzeżączki (c. d.).

Pediatria Polska. T. XIX. Nr 3. 1939. Lidzka P.: Krzywica w świetle spostrzeżeń Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem Nr 2 Magistratu m. Wilna (dawny „Toz") za lata 1920—1937. — Chodkowska S., Bussel M. i Moszkowska I.: Przypadek choroby Gaucher. — Brokman H.: Chinina w lecznictwie dziecięcym.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 4. 1939. Lajchter H. i Robinson R.: Przypadek zgorzeli rtęciowej w przebiegu zapalenia osierdzia. — Gandzik J.: Ambulatorium czy wolny wybór lekarza. — Radoševič: Fizjologia i patologia zęba (c. d.). — Bartoš Fr.: Badania nad występowaniem chorób przyzębia w ośrodkach przemysłowych.

Prasa Lekarska. Nr 6. 1939. Konczałowski M. P.: O mocznicy i cholemii. — Ber A.: Zarys endokrynologii w świetle współczesnych badań. Cz. VI.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 15. 1939.

Nasze Zdroje i Letniska. Nr 4. 1939.

Archiwum Medycyny Biologicznej. Z. 1. 1939. Kalinowski M.: Spostrzeżenie przy stosowaniu tzw. kuracji bułgarskiej w parkinsonizmie. — Rabe H.: Czym lekarze homeopaci mogą przyczynić się do ugruntowania ich metody.

Biologia Lekarska. Z. 2. 1939. Marchlewski L.: Znaczenie układu porfinowego dla świata roślinnego i zwierzęcego. — Jałowy B.: O morfologii i fizjologii zakończeń nerwowych. — Śnieszko St.: O narodzinach bakteriologii. — Lévy-Bruhl M.: Zmienność drobnoustrojów a systematyka bakterii.

Przemysł Chemiczny. Nr 4. 1939.

Pielęgniarka Polska. Nr 4. 1939.

Nowiny Lekarskie. Z. 7. 1939. Wolny A.: Pęknięcia i krwiaki śródścienne tętnicy głównej. — Misiński J.: Cukrzyca. — Giebocki: Causyth w praktyce lekarza prowincjonalnego.

Życie Lekarskie. Nr 8. 1939. Dydyński L.: Liczba lekarzy i lekarek i ich rozmieszczenie na ziemiach Polski. — Zembrzuski L.: Starsi i najmłodsi. — Giebocki St.: Teoria a praktyka ustawodawstwa lekarskiego.

Medycyna Praktyczna. Z. 6. 1939. Śluzar J. W.: Zagadnienie grypy. — Bross K.: Listy Karola Marcinkowskiego do Józefa Łukaszewicza i Hipolita Cegielskiego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 14. 1939. Krajewski E.: Świdrowica (śpiączka) afrykańska. — Ławkowicz Wł.: Z badań doświadczalnych nad zarazkiem anemii szczurzej (Bartonella muris). — Anigstein L. i Ławkowicz Wł.: Badania nad szczepami wyhodowanymi z tyfusu plamistego (typu szczurzego). — Leński M.: Witamina C w leczeniu stanów gorączkowych i schorzeń przewodu pokarmowego (dok.). — Jankowski Z.: O mleku na Pomorzu (c. d.).

Polski Przegląd Chirurgiczny. T. XVIII. Z. 4. 1939. Mossakowski J. i Chojnicki J.: Przyczynek do powiększenia śledziony z marskością wątroby. — Mossakowski J.: Zespolenie żołądkowo-jelitowe powikłane wgłobieniem pętli odprowadzającej przez otwór zespoleniowy do żołądka. — Kugler A.: Sposoby zespalania złamań kości w ranie otwartej. — Karpiński R.: Uśpienie dożylne eunarkonem.

Klinika Współczesna. Nr 3. 1939.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 16. 1939.

Oceny

Choroby zakaźne w Polsce — ustęp — a obronność Państwa. L. BIER. Referat zgłoszony na XI Zjazd Higienistów Polskich w Lublinie. Nakładem Zakładu Higieny U. J. Kraków 1938.

Opierając się na doświadczeniu z terenów, które w ciągu wieków wielokrotnie były polem zmagań wojennych — przede wszystkim Alzacji — podkreśla autor konieczność poświęcenia w Polsce większej uwagi zagadnieniu duru brzusznego i czerwonki, jako typowym zarazom wojennym, które zagrażać mogą armiom polskim i obniżać ich wartość i siłę bojową. Mimo znacznego nakładu pracy lekarskiej i środków naszej administracji sanitarnej państwowej panują wyżej wymienione choroby nagminnie, a statystyka zapadalności na te 2 choroby w poszczególnych województwach, w porównaniu jej ze statystyką państw sąsiadujących z Polską i niektórych zachodnio-europejskich, wykazuje większą zapadalność. Jako główną przyczynę stanu tego w Polsce uważa autor zaniedbanie, ze strony czynników do tego powołanych, zagadnienia sprawy unieszkodliwiania wydalin ludzkich — moczu i kału, najważniejszego czynniku wybuchów epidemii i szerzenia się chorób wspomnianych oraz innych bakteryjnych chorób przewodu pokarmowego. Dowody tego zaniedbania, stanowiącego wadę ludności, widzi autor w braku miejsc ustępowych. W społeczeństwach stojących na wyższym poziomie kultury choroby te opanowano od dawna. Unieszkodliwienie odchodów ludzkich przez zasypywanie ziemią praktykowane już w starożytności dotąd nie straciło na znaczeniu i wartości praktycznej, mimo coraz większego stosowania kanalizacji, wprowadzania wodociągów itp. Wartość odchodów ludzkich jako środka do użyźniania roli nie straciła znaczenia, mimo wprowadzenia nawozów sztucznych. Nawóz naturalny bowiem nie może być całkowicie zastąpiony nawozami sztucznymi. Dotyczy to zarówno nawozu stajennego (bydlęcego), jak i ludzkiego. Nawóz ludzki jest w Polsce mało używany z powodu nieumiejętności obchodzenia się z nim i niewłaściwego przygotowania go do celów rolnictwa. W ramach referatu dla XI Zjazdu Higienistów Polskich, poświęconego głównie higienie wsi i małych osad ludzkich, autor wyjaśnia wartość odchodów ludzkich, wskazując na sposoby praktycznego ich stosowania, unieszkodliwiania w czasie epidemii i wskazuje na sposoby gromadzenia i wywożenia. Autor jest zdania, że, do czasu możności stosowania kanalizacji w naszych osiedlach, wywóz odchodów ludzkich przyczyni się do zużytkowania tego materiału w Polsce. Rozwiązanie tego zagadnienia wyłącznie przez tzw. „technikę sanitarną" w ramach tylko ministerstwa, opiekującego się zdrowiem publicznym nie da się osiągnąć bez współpracy z czynnikami rolniczymi.

Przegląd piśmiennictwa

Patologia

Wpływ nikotyny na wydzielenie epinefryny u psów nie narkotyzowanych. MASAO WADA, TAKUJI HIRANO i MASARI TIBA. The Tohoku Journal of Exper. Med. Vol. 33. Nr 3—4. Str. 189.

Autorowie podawali 1 mg czystej nikotyny E. Mercka na kg wagi i oznaczali ilość wydzielonej epinefryny działaniem na jelito królika. Z badań tych wynika, że działanie występuje po 30 sekundach, a w ciągu następnych 30 sekund wydzielenie zmniejsza się do połowy, wnet potem powraca do wydzielenia normalnego. Początkowe wydzielanie po nikotynie wynosiło 0,01 do 0,007 mg na kg wagi, zatem kilkaset razy więcej, niż normalnie, w niektórych razach tylko 70 razy więcej. Spadek ciśnienia również następował szybko, po 30 sekundach zaczęło powracać do normy. Spadek cukru następował wolniej. Pozbawienie nerwów wpłynęło trochę na zmniejszenie wydzielania, ale niezbyt silnie. *W. Moraczewski* (Lwów).

Znaczenie kliniczne reakcji kłaczkowania (Takata). GABRIELE SEITZ. The Tohoku Journ. of Exper. Med. Vol. 33. Nr 3—4. Str. 230.

Autorka podkreśla znaczenie reakcji kłaczkowania, jako sposobu rozpoznawania stanu koloidalnego białek krwi, pewniejszego od powszechnie używanej reakcji opadania krwinek, która tym mniej jest czuła im stan chorego jest cięższy, kiedy natomiast kłaczkowanie właśnie w ciężkich stanach bywa wyraźniejsze. Odczyn kłaczkowania wykonała autorka w 23 wypadkach chorób krążenia, tyluż wypadkach schorzeń przewodu pokarmowego, w schorzeniach nerek, krwi, schorzeniach nerwowych, nowotworach itp. z bardzo cennymi wynikami. Odczyn wykonywała za pomocą 0,5% rozczynu sublimatu i 0,02% rozczynu fuksyny. *W. Moraczewski* (Lwów).

O wpływie podawania ciał garbnikowych na krzepnięcie krwi. YUTAKA NODA. The Tohoku Journ. of Exper. Med. Vol. 33. Nr 3—4. Str. 247.

Autor wykazuje, że rozczyny kory catechu, geranium itd. wyciągi wodne, zobojętnione i podane sondą do żołądka królikom wpływają wybitnie na czas krzepnięcia krwi, od 260 sekund do 96 sekund. Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu o bezskuteczności tych środków, uważa autor działanie kwasu garbnikowego na białka za doniosły czynnik przy sprawie krzepnięcia. *W. Moraczewski* (Lwów).

Kwas askorbinowy i poziom cukru we krwi. — Wzrost działania kwasu askorbinowego wstrzykniętego domięśniowo równocześnie z żelatyną. S. BARBUTO i S. LENZI. Rass. Int. Clin. Ter. Nr 24, 1938.

Autorowie przeprowadzili badania cukrzycy, w której chorzy otrzymywali 2 razy dziennie insulinę i oznaczali na czczo cukier we krwi i w 4 godziny po obiedzie, następnie wstrzykiwali już to czysty roztwór kwasu askorbinowego, już też kwas askorbinowy z dodatkiem żelatyny 4‰ lub gliceryny 40%, oznaczając następnie poziom cukru we krwi po upływie

1, 2 i 3 godzin. To samo doświadczenie powtarzano w następnych dniach, podając zamiast kwasu askorbinowego 10 jednostek insuliny rano i w południe. Następnie przeprowadzano to samo badanie, podając czterokrotną ilość kwasu askorbinowego bez dodatku żelatyny. Badania wykazały, że dodanie gliceryny, a jeszcze bardziej żelatyny, zwiększa działanie hipoglikemizujące kwasu askorbinowego, nieraz dwukrotnie a nawet trzykrotnie, przy czym działanie mieszaniny kwasu askorbinowego i żelatyny wykazuje działanie dłużej trwające i silniejsze, niż przy stosowaniu czterokrotnej ilości czystego kwasu askorbinowego. Porównanie działania mieszaniny 1000 jednostek kwasu askorbinowego i żelatyny z działaniem 10 jedn. insuliny wykazuje, że insulina wywiera wprawdzie silniejsze działanie w pierwszej i drugiej godzinie po wstrzyknięciu, jednak już w trzeciej godzinie działanie mieszaniny kwasu askorbinowego i żelatyny przewyższa działanie 10 jedn. insuliny. Dodanie żelatyny wzmacnia działanie kwasu askorbinowego, zwalniając wchłanianie się kwasu askorbinowego i zwiększa dysperzję tego kwasu. *M. Scheps* (Lwów).

Kwas askorbinowy i cukier we krwi. S. BARBUTO i S. LENZI. Rass. Int. Clin. Ter. Nr. 24, 1938.

Autorowie zbierając wyniki swoich badań, dochodzą do następujących wniosków:

1. Kwas askorbinowy obniża cukier we krwi tak u osób zdrowych, jak i u osób z podwyższonym cukrem we krwi.
2. Obniżenie cukru we krwi, wywołane kwasem askorbinowym, występuje również u osobników z marskością wątroby.
3. Obniżenie cukru we krwi u osobników zdrowych jest najwyraźniejsze po upływie 1 godziny, a kończy się po 3 godzinach. U osób ze zwiększonym cukrem we krwi, obniżenie tegoż jest dłużej trwałe. Osobniki z niedomogą wątrobową zachowują się, jak ludzie normalni.
4. Obniżenie cukru we krwi jest tym większe, im wyższy jest początkowy poziom cukru.
5. Wstrzyknięcie domięśniowe jest o wiele skuteczniejsze aniżeli podawanie doustne.
6. Przy wstrzyknięciu domięśniowym nie zauważono nigdy podwyższenia cukru.
7. Krzywa cukru we krwi po obciążeniu glukozą ulega zmianom po wstrzyknięciu domięśniowym lub doustnym podawaniu kwasu askorbinowego.
8. Istnieje ścisły związek między ilością kwasu askorbinowego a działaniem hipoglikemizującym.
9. Również w marskości wątroby kwas askorbinowy obniża poziom cukru we krwi.
10. Także u chorych na cukrzycę kwas askorbinowy zmienia krzywą przecukrzenia po obciążeniu.
11. Kwas askorbinowy posiada mniejsze działanie hipoglikemizujące aniżeli insulina.
12. Dodanie gliceryny, a jeszcze lepiej żelatyny, zwiększa wybitnie działanie hipoglikemizujące kwasu askorbinowego wstrzykniętego i przedłuża jego działanie.
13. Przewlekłe podawanie kwasu askorbinowego doustnie u chorych na cukrzycę pozostających na stałej diecie wywołuje obniżenie poziomu cukru we krwi do pewnej granicy.

M. Scheps (Lwów).

O konstytucji alergicznej i napadowych zaburzeniach czynności serca na tle alergii przewodu pokarmowego. FR. VENULET. Medycyna. Nr 1, 1939.

Konstytucję alergiczną, jako sprawę wrodzoną, ujawniającą się pod wpływem różnych bodźców, cechuje zwiększona przepuszczalność skóry i błon śluzowych (podobnie jak w skazie wysiękowej), wzmożona przepuszczalność naczyń oraz łatwość powstawania skurczów mięśni gładkich, wszystko to sprzyja występowaniu odczynów alergicznych. Z innych cech tej konstytucji wymienia autor chwiejność duchową oraz chwiejność układu hormonalno-wegetatywnego z przewagą wagotonii, przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej ku zasadom, obniżenie poziomu cukru we krwi, upośledzenie czynności odtruwającej wątroby i wadliwe rozszczepianie pokarmów. Konstytucję alergiczną zewnętrznie cechuje przeważnie typ leptosomiczny lub asteniczny, a psychicznie raczej schizotymiczny. Na obraz objawów alergicznych składają się różne odczyny, nieraz od bardzo słabo zaznaczonych, aż do bardzo wyraźnych i groźnych. Objawy alergiczne mogą występować ze strony skóry i śluzówek, poza tym znane są schorzenia dróg oddechowych (dychawica oskrzelowa) i przewodu pokarmowego (wymioty, zaparcia, biegunka, skurcze, wrzody, kolka wątrobowa). Do mało znanych należą objawy alergiczne w układzie krążenia, np. serca, przejawiają się głównie w postaci zaburzeń czynnościowych, jak skurcze dodatkowe, częstoskurcz napadowy, trzepotanie przedsionkowe, stany dusznicowe.

Autor z własnych spostrzeżeń opisuje 2 przypadki, z których jeden odznaczał się napadowymi skurczami dodatkowymi komór i trzepotaniem przedsionków, poprzedzonym gwałtownie postępującą bębnicą, charakterystyczną dla stanów alergicznych; drugi cechowały trzepotanie przedsionków, bóle w okolicy serca, nagłe zaparcie stolca i wzdęcia. Za tłem alergicznym w obu przypadkach przemawiała zupełna nieskuteczność zarówno środków nasercowych (chinidyna, strychnina), jak i przeciwbębnicowych, poza tym odpowiednia dieta. Natomiast to tło popierały by doskonałe wyniki lecznicze, zwłaszcza w drugim przypadku torantilu (pepton uzyskany z błony śluzowej jelita cienkiego); w pierwszym bowiem po kilkumiesięcznej przerwie, wszystkie objawy wystąpiły ponownie; może być, że w związku z silniejszym naświetleniem skóry promieniami pozafioletowymi, które, zdaniem niektórych, powodują powstawanie w skórze ciał zbliżonych do histaminy. Autor w końcu podkreśla skuteczność (do pewnych granic) w tych stanach działania środków czyszczących lub wód mineralnych (Morszyn, Busk), zawierających siarkę, która obok własności odtruwających może działać i odczulająco. *St. Malczyński* (Lwów).

O kilku ważnych zagadnieniach przemiany witaminy C. H. SCHROEDER. Deutsche Med. Woch. Nr 14. Str. 469. 1938.

Autor wykonał kilkaset oznaczeń witaminy C we krwi metodą Wolffa, Emmeriego i van Nekelena, uzyskując wyniki zasługujące na uwagę. W warunkach normalnych, przy dobrym odżywianiu mieszanym, znaleziono przeciętnie 8—12 mg% witaminy C we krwi. Mniejszą ilość witaminy C znajdowano przy diecie ubogiej w witaminę C oraz w większej ilości stanów chorobowych, zwłaszcza w zaburzeniach resorpcji i dłużej trwających chorobach zakaźnych. Przy badaniu wpływu podawania witaminy C na jej zawartość we krwi okazało się, że stosowanie doustne lub dożylne Cebionu zwiększa poziom witaminy C we krwi, a z drugiej strony dieta, uboga w witaminę C, obniża jej poziom we krwi. Okazało się poza tym, że w wielu przypadkach poziom witaminy C we krwi wzrastał do normalnego poziomu na kilka dni przed zwiększonym wydzielaniem jej z moczem. Wskutek pracy fizycznej zmniejsza się ilość witaminy C we krwi prawie do połowy wartości początkowej. Oznaczanie witaminy C we krwi przewyższa znacznie sposób oznaczania w moczu próbą obciążania. *St. Domicz* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Próba na ciążę według Nito. ST. MARTZY i K. PAP. Klin. Woch. Nr 31, 1938.

Dotychczasowe próby na ciążę nie dają jeszcze pewności rozpoznawczej. Próba Zondek-Aschheima daje niemal 98% pewności. Jej ujemną stroną jest jednak badanie histologiczne materiału, co przy szczepieniu zwierzętom zabiera niemal 6 dni czasu; w przypadkach ciąży zamacicznej zachodzi potrzeba możliwości szybkiego rozpoznania. Modyfikacja próby Z.-A. podana przez Friedmann-Laphama skraca czas próby do 48 godzin. Próba według Nita, polega na wstrzykiwaniu 5—10 cm³ moczu podejrzanej o ciążę kobiety do żyły usznej królika, u którego poprzednio zbadano liczbę ciałek krwi. Powtórne badanie w 2—4 minut po wstrzyknięciu wykazuje silny spadek ciałek białych, jeżeli mocz pochodził od osoby ciężarnej. Nito otrzymał w 90% dodatni wynik, zgodnie z kontrolą próby Friedmann-Laphama. Autor przekonał się, że wspomniany spadek ciałek białych nie jest następstwem wpływu działania hormonu gonadotropowego, prolanu A i B lub folikuliny. Nito przyjmuje, że mają tu znaczenie ciała obniżające ciśnienie krwi, a znajdujące się w moczu. Kontrolne badania autorów wykazały jednak, że próba Nito nie jest swoistą dla ciąży, gdyż daje wynik dodatni także u chorych gorączkujących, kobiet i mężczyzn, i jako taka nie nadaje się do stosowania jako próba na ciążę.

W. Nowicki (Lwów).

Kamienie żółciowe zawierające gaz. B. KOMMERELL i C. WOLPERS. Klin. Woch. Nr 32, 1938.

Stwierdza się kamienie żółciowe, zawierające w środku szczelinowatą przestrzeń, wypełnioną gazem. W prześwietlaniu Roentgenem wykazują one także u człowieka żywego wyjaśnienie części środkowej. Przyjmowano, że przestrzeń wolna jest wypełniona płynem, a dopiero po wyschnięciu wypełniają się powietrzem. Autorowie stwierdzili stanowczo w świeżych kamieniach gaz bezwonny, który zawierał 0,5% tlenu i około 6—7,5% kwasu węglowego. Pozostałość była niezapalna. Kamienie te są lekkie i pływają w żółci lub w wodzie.

W. Nowicki (Lwów).

Immunizacja Dialpanem. IVO PIRC i MILICA VALENTINCIĆ-PETROVIĆ. Zdravniski Vestnik. Str. 373. 1938.

Autorzy donoszą o dobrych wynikach uzyskanych przy szczepieniu ochronnym przeciw błonicy Dialpanem (ałunowy osad anatoksyny błoniczej). Szczepiono dialpanem 17.000 dzieci w r. 1937. Autorzy wyrażają zdanie, że dialpan jest doskonałym środkiem w systematycznym zwalczaniu błonicy. Dialpan wyrabia się w Jugosławii, szczepienia dokonuje się jednorazowym zastrzykiem, a sam preparat jest tani.

E. Schindler (Lwów).

Gorączka gruczołowa Pfeiffera w Ljubljanie. V. MERŠOL. Zdravniski Vestnik. Str. 357, 1938.

Autor widywał u ozdrowieńców pobłoniczych zwyżki ciepłoty, połączone z obrzmieniem gruczołów, nie dające się tłumaczyć zakażeniem błoniczym, a które należało uważać za odrębną chorobę. Podobne zachorowania widział autor w tym samym czasie u dzieci zdrowych. Za charakterystyczne objawy uważa: zakaźny charakter schorzenia, ostry początek, nietypowe krzywe gorączkowe, obrzmienie gruczołów szyjnych, pachowych i pachwinowych; powiększenie śledziony, leukocytozę ze względną limfocytozą, monocytozą oraz zwiększeniem ilości komórek plazmatycznych. Autor uważa to schorzenie za gorączkę gruczołową Pfeiffera *(febris glandularis).* W ostatnich sześciu latach (1932—1937) autor widział 108 takich przypadków, które w tym artykule szczegółowo analizuje i statystykę ich omawia. *E. Schindler* (Lwów).

Z badań hemofilii. BENDIEN W. and S. VAN CREVELD Amer. J. Dis. Childr. 54, 713, 1937.

Autorzy wyszli z założenia, że we krwi chorych na hemofilię brak jakiejś substancji, która normalnie wywołuje skrzepnięcie. Otóż udało się badaczom otrzymać z normalnej surowicy przez ścięcie słabym kwasem (CH_3COOH — pH 5,5) lub przez adsorbcję na węglu, tę substancję, która jest nieprzesączalna. Globulina ta koagulacyjna rozpuszczona w 3—4% roztworze węglanu sodowego jest w stanie po podaniu dożylnym skrócić do połowy czas krzepnienia krwi, który w hemofilii jest przedłużony. *J. Papierkowski* (Lwów).

Zawartość żelaza, miedzi i manganu w mózgu ludzkim. FINGEY A. H. J. ment. Sci. 83, 452, 1937.

Po omówieniu metodyki badań przedstawia autor w tabelarycznym zestawieniu procentową zawartość żelaza, miedzi i manganu w różnych częściach ośrodkowego układu nerwowego.

Żelazo i miedź są równomiernie rozmieszczone w korze mózgowej, móżdżkowej i białej substancji mózgu, tylko w *corpus striatum* jest uderzająco dużo tych składników, stosunkowo najwięcej żelaza zawiera *pallidum* i *substantia nigra,* która również ma dużo miedzi.

Zgodnie z histochemicznymi spostrzeżeniami mózgi chorych na paraliż wykazują znacznie większą zawartość żelaza, aniżeli normalne. Mózg dziecka posiada mniej żelaza i miedzi, niż mózg dorosłego człowieka; zawartość ilościowa manganu w różnych okresach życia jest bardzo rozmaita.

J. Papierkowski (Lwów).

Badania kliniczne zdolności chłonienia skóry u kobiet. OKAMOTO HIDEWO. Nagasaki Igakkwai Zassi. (Streszczenie w języku niemieckim). 15, 1937.

Chcąc wykazać związek między czynnością narządów rodnych i skóry, przeprowadził Okamoto badania zdolności chłonienia skóry u 365 kobiet w różnych okresach czynności płciowych narządów. W tym celu wcierano w skórę 1 g 25% maści lanolinowo-waselinowo-jothionowej i oznaczano szybkość wchłaniania jodu przez stwierdzenie go w ślinie.

Wykazano zwolnienie chłonienia w okresie miesiączkowania (o 23 minuty), połogu (tak samo), gdy tymczasem w ciąży czas resorbcji odpowiada normie (36—40 minut).

Następnie stwierdzono zwolnione wchłanianie skóry w schorzeniu rakowym, w osłabieniu dużego stopnia i po operacjach ginekologicznych. Przedłużony okres chłonienia w powyższych stanach dotyczy tylko skóry i nie występuje przy zastosowaniu jodu *per rectum* lub pozajelitowo. Zdolność resorbcyjna skóry zależy od stanu jej ukrwienia, co pozostaje w ścisłym związku z układem nerwowym, wegetatywnym i systemem gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. *J. Papierkowski* (Lwów).

Nowy sposób znieczulania w bronchografii. A. BIERNACKI i J. ZABOKRZYCKI. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. T. XVI. Z. 4.

Bronchografia jest dziś powszechnie stosowaną metodą rozpoznawczą; wlewania dooskrzelowe lipiodolu stosowane są leczniczo w rozstrzeniach oskrzeli i ropniach płuc. Ponieważ zabieg poprzedza znieczulenie śluzówek na znacznej przestrzeni kokainą, oprócz nietolerancji na jod wystąpić może, jako powikłanie często śmiertelne, zatrucie kokainą. Z zestawienia szeregu statystyk wynika, że śmiertelność przy bronchografii, jako następstwo użycia kokainy wynosi 0,7‰, jest to jak na metodę rozpoznawczą bardzo wysoki odsetek. Autorowie posługują się w celu znieczulenia butoformem (Nasierowski), który jest estrem butylowym kwasu paraminobenzoesowego i jest identyczny z preparatami zagranicznymi, paraformem, sensoformem i butesiną. Do znieczulenia autorowie używają nasyconego roztworu butoforu w olejku migdałowym w ciepłocie 37°. W większości przypadków 6 cm^3 jest przeciętną dawką wystarczającą do wystąpienia znieczulenia. W 26 przypadkach znieczulenia butoformem autorowie nie widzieli żadnych objawów zatrucia.

Rawicz (Morszyn).

Leczenie kwasem askorbinowym zaburzeń w odżywianiu u niemowląt. E. URBANITZKY. Zeitschr. f. Kinderheilkunde. T. 59. Z. 5. Str. 553. 1938.

Leczono witaminą C w postaci Cebionu 60 dzieci z ostrymi i przewlekłymi zaburzeniami w odżywianiu, w tym 2 przypadki zatrucia pokarmami. Wstrzykiwania, przeważnie dożylne, Cebionu (po 1 cm^3 u większych dzieci i 0,5 cm^3 u niemowląt poniżej 2 miesięcy) dały prawie natychmiastową poprawę. W lżejszych przypadkach wystarczało jednorazowe wstrzyknięcie i 6—8-godzinny post (tylko herbata), w cięższych i przestarzałych przypadkach trzeba było stosować zwykle 3—4 wstrzyknięcia, ażeby usunąć nieprawidłowość wypróżnień i wstrzymać wymioty. Ilość pokarmu zwiększano szybciej niż zwykle, bez ujemnego skutku, dzięki czemu uzyskiwano lepszy przyrost na wadze. W zatruciu pokarmowym trzeba było wstrzykiwać 2 razy dziennie. Szczególnie dobre wyniki stosowania Cebionu (przez 3—4 dni dożylnie, przez dalszych 8—10 dni domięśniowo) widywano u dzieci dystroficznych z częstymi nawrotami nieżytu jelit. Nigdy nie spostrzegano niepożądanego działania ubocznego.

St. Domicz (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna

Opieka nad zdrowiem w zakładach pracy. ALEKSANDER. Die Betriebskrankenkasse. Nr 13, 1937.

Prawdziwa opieka nad zdrowiem nie może ograniczać się tylko do pomagania choremu człowiekowi, lecz musi przede wszystkim starać się o zapobieganie powstawaniu chorób. Lekarz doradca, który pragnie należycie spełniać swoje zadanie, musi znać warunki życia człowieka, powierzonego jego pieczy, jego otoczenie, warunki pracy i skłonności dziedziczne.

Z przykrością należy stwierdzić, iż przeciętnie we wszystkich państwach kulturalnych wydajność pracy robotnika w 40 roku życia znacznie się obniża. Według oświadczeń dra Bartla opieka nad zdrowiem pracownika ma na celu przesunięcie momentu obniżenia się sprawności do pracy robotnika z 40 na 60 rok życia.

Akcją opieki nad zdrowiem pracujących kieruje Urząd Główny dla zdrowia narodu, któremu podlegają lekarze zakładów pracy. Umowę służbową między lekarzem zakładowym, a kierownikiem zakładu zawiera Urząd Główny. We wszelkich sprawach, związanych z zakładem pracy, lekarz zakładowy podlega kierownikowi przedsiębiorstwa, natomiast w sprawach swego zawodu odpowiedzialny jest wyłącznie przed Urzędem Głównym. Praca lekarza zakładowego wymaga specjalnych zdolności, musi on być zarówno dobrym lekarzem, jak i towarzyszem pracy, musi znać właściwości zakładu pracy, posiadać zaufanie kierownika przedsiębiorstwa i całej rzeszy pracowników. Zadaniem lekarza jest troska o stworzenie takich warunków, które pozwoliłyby na zachowanie zdrowia i siły roboczej pracujących. Winien on dążyć do ścisłej współpracy z instytucją ubezpieczeniową, z lekarzem zaufania, z lekarzem domowym ze stowarzyszeniem „Siła przez radość“ itd. Wszyscy pracownicy oraz władze winni zwracać specjalną uwagę na wszelkie poruszane przez lekarza zakładowego sprawy i udzielane wskazówki. Muszą badać, czy i jak dalece stojące do dyspozycji środki pozwalają na rozwijanie skutecznej współpracy w ramach ustawy. Zakłady muszą również mieć własne urządzenia które umożliwiłyby lekarzowi w czasie pracy lub po jej ukończeniu przeprowadzenie leczenia przepisanego przez lekarza domowego. Urządzenia takie winny być brane w rachubę tylko w dużych przedsiębiorstwach. Kierownik przedsiębiorstwa wraz z lekarzem zakładowym rozstrzygają, czy wskazane jest zakupienie odpowiednich urządzeń dla celów leczniczych.

Przedsiębiorstwa na większą skalę muszą posiadać własnego lekarza zakładowego, mniejsze winny łączyć się razem i angażować wspólnego lekarza. Gdzie i to jest niemożliwe, ustanawiać się winno lekarza, urzędującego tylko dodatkowo przy innych zajęciach. Lekarz zakładowy może również, za zezwoleniem Urzędu Zdrowia Publicznego, wykonywać czynności lekarza zaufania, aż do odwołania.

Tymczasem zostały rozpoczęte planowe badania stanu zdrowia i sprawności rzeszy pracującej. Badania te przeprowadzają lekarze na zlecenie Urzędu, przy czym pracownikom przysługuje prawo wolnego wyboru lekarza.

Szkodliwości zawodu i wydajność przy pracy. REITER. Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung. Nr 7, 1937.

Autor podkreśla szczególne znaczenie pracy w życiu narodu i podnosi, że każdy pracownik, czy to fizyczny, czy umysłowy winien być otoczony specjalną opieką. Chodzi o uzyskanie przez pracownika jak najlepszych optymalnych warunków pracy, gdyż każde odchylenie na niekorzyść odbija się ujemnie na fizycznym i umysłowym stanie pracującego i jego wydolności roboczej.

Autor uważa, że ochrona pracy musi być pojmowana w dobie obecnej, jako zagadnienie wydajności oraz podkreśla, iż wszelkie ujemne wpływy zawodu winny być rozważane nie tylko ze stanowiska materialnego, ale i biologicznego, gdyż biologiczna wartość człowieka, przewyższa jakąkolwiek wartość materialną. Autor wypowiada się za syntetycznym ujmowaniem stosunku między człowiekiem, pracą i wydajnością.

W dalszym ciągu autor nadmienia, że podstawą dla realizacji postulatu wzmożonej wydajności jest nienaruszenie biologicznej struktury jednostki, a tym samym i całego narodu. Do osiągnięcia jak największych możliwości podniesienia produkcji przyczyni się również dana człowiekowi do pomocy maszyna, która, według autora, nie powinna czynić człowieka niewolnikiem, lecz być jego niemym przyjacielem. Człowiek i maszyna jako całość jest to gospodarczo-biologiczne zagadnienie. Praca maszyny nie powinna odbijać się szkodliwie na zdrowiu człowieka, toteż celem zapobieżenia szkodliwym wpływom maszyn, w warsztacie pracy obok siły technicznej musi być przydzielony jej do współpracy lekarz-doradca. Autor zaznacza, iż pod tym względem jest jeszcze wiele do zrobienia, gdyż stwierdza się, niestety, małe zainteresowanie i zrozumienie ze strony świata lekarskiego dla psychicznej nędzy człowieka, zatrudnionego monotonnie przy maszynie.

Następnie autor wypowiada się za selekcją biologiczną pracownika, w celu zapobieżenia szkodliwościom zawodu, co w konsekwencji przyczyni się do postawienia wydajności pracy na wyższym, niż obecnie poziomie, a co jest właśnie jednym z celów narodu niemieckiego. W dążeniu do tego nie małą rolę może odegrać świat lekarski, jako czynnik doradczy. Zdaniem autora, w dziedzinie leczenia i zapobiegania szkodliwościom zawodu kroczy się pomyślnie naprzód.

W końcu artykułu autor podnosi duże znaczenie odpoczynku w pracy dla osiągnięcia wzmożonej produkcji jednostki, a tym samym i ogółu pracujących.

Zagadnienie pożywienia, ćwiczeń, przerw i wydajności w pracy według nowych wytycznych we wzorowo urządzonym przedsiębiorstwie. HANS SAUTER. Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung. Nr 7, 1937.

W powyższym artykule autor omawia przeprowadzone przez siebie badania w dziedzinie higieny społecznej we wzorowym przedsiębiorstwie wyrobu zębów sztucznych (Standard-Zahnfabrik, Konstanz). Badania dotyczyły warunków mieszkaniowych, zdrowotnych, pożywienia oraz wpływu tych warunków na wydajność pracy. Za podstawę wywodów służyła autorom ankieta rozpisana wśród pracowników wymienionej fabryki. Autor podkreśla, iż nie tylko przedsiębiorstwa zakrojone na szeroką skalę, ale również średnie i małe zakłady, przy zastosowaniu odpowiednich warunków, mogą przyczynić się do wzrostu wydajności pracy.

Przechodząc do spraw posiłku, autor, na podstawie przeprowadzonej ankiety, podaje zróżnicowany, zależnie od rodzaju pracy posiłek pracownika. Praca ciężka wymaga pożywienia o wysokiej wartości kalorycznej, bogatego w tłuszcze, praca lżejsza wymaga pożywienia bardziej delikatnego przy mniejszej ilości tłuszczu. W jednym i drugim przypadku niezbędne są jarzyny oraz pewna ilość pokarmów mięsnych. Autor nadmienia, iż w miarę podwyższenia zarobku następuje zastąpienie posiłku mniej wartościowego, ale dającego uczucie nasycenia, na posiłek bardziej wartościowy tak, że zależnie od stopy wynagrodzenia sprawa posiłku przedstawia się inaczej ilościowo i jakościowo.

Następnie na podstawie ankiety, autor podaje zestawienia posiłków przyjmowanych w różnych porach dnia:

Śniadanie:

100 g chleba, 50 g kiełbasy, 250 g owoców,

150 g chleba, 30 g kiełbasy, 30 g masła, 1 talerz papki owsianej, 1 filiżanka kawy,

150 g chleba, 65 g kiełbasy, 50 g masła, 1 jabłko,

100 g chleba, 60 g kiełbasy, 70 g masła, 100 g owoców, 2 filiżanki mleka (400 g).

W śniadanie to włączony jest również mały posiłek podczas przerwy przedobiadowej.

Posiłek południowy w zakładzie pracy:

100 g chleba, 1 talerz zupy (500 g),

51 g chleba, 70 g mięsa, talerz zupy,

150 g chleba, 30 g kiełbasy, 1—2 gotowane jajka, talerz zupy.

Do zupy przedsiębiorstwo dodaje zwykle jakiś pożywny dodatek w ilości 200—250 g.

Główny posiłek (obiad) po ukończeniu zajęć:

100 g mięsa, 100 g makaronu, 100 g jarzyn, 50 g owoców,

150 g jarzyny, 100 g leguminy, 50 g sałaty, 200 g owoców,

100 g mięsa, talerz zupy, 250 g jarzyny, 250 g ziemniaków, 100 g owoców,

80 g mięsa, 50 g makaronu, 100 g jarzyny, 200 g ziemniaków, 100 g chleba, 200 g owoców.

Przeciętna wartość odżywcza poszczególnych posiłków wynosi: śniadanie (godz. 7 lub w czasie przerwy przed południem): 878 kal.; posiłek w porze południowej w warsztacie pracy: 585 kaloryj; główny posiłek (obiad) po ukończeniu pracy: 856 kaloryj.

Do tego dochodzi czasami mały posiłek wieczorny, o wartości około 400 kaloryj.

W dalszym ciągu autor podnosi znaczenie przerw wypoczynkowych przed i po południu, ich właściwy co do czasu wybór i długość trwania, dla uzyskania optimum wydajności pracy.

Dla dania obrazu porównawczego co do przerw w pracy, autor podaje spostrzeżenia poczynione w przedsiębiorstwie wyrobu sztucznych zębów w Ameryce. W przedsiębiorstwie tym, z wyjątkiem 30-minutowej przerwy obiadowej, nie ma żadnych przerw w pracy. Zbyt trzeźwe i aspołeczne jest tu nastawianie pracodawcy wobec pracowników. Bierze się pod uwagę jedynie dobro zakładu pracy, a nie dobro poszczególnego pracownika. Jeśli ktoś nie wytrzymuje rekordu pracy, przedsiębiorstwo zwalnia go. Maszyna tyranizuje tutaj człowieka, a w konsekwencji najlepszy, młody materiał ludzki w bardzo krótkim czasie staje się ofiarą zawrotnego tempa pracy. Odbija się to również bardzo ujemnie na jakości pracy.

Natomiast w Standard-Zahnfabrik wprowadzono, po długim doświadczeniu przy angielskim systemie pracy, następujące przerwy wypoczynkowe:

godz. 9 (w zimie godz. 10)	10 minut,
godz. 12	30 minut,
godz. 14 (w zimie 14.30)	10 minut.

W lecie praca zaczyna się o godz. 7 a kończy o 16,30, w zimie zaś, praca zaczyna się i kończy pół godziny później.

Bardzo dodatnio wpływa na sprawność pracownika i jego stan fizyczny uprawianie ćwiczeń cielesnych. Toteż niezależnie od różnego rodzaju uprawianych sportów w omawianym zakładzie pracy, zostały wprowadzone przez kierownika zakładu obowiązkowe 2 godziny w tygodniu gimnastyki, która się odbywa pod kierunkiem odpowiedniej siły fachowej.

W końcu artykułu autor, resumując wyniki przeprowadzonej ankiety, stwierdza, iż:

1) pożywienie robotników w Zakładzie „Standard-Zahnfabrik" daje przeciętnie około 2400 kaloryj dziennie. Pierwszeństwo mają posiłki mieszane, przy czym dużą rolę odgrywają owoce,

2) wydajność każdego pracownika i rodzaj pracy zależne są od jego zdolności i stanu konstytucjonalnego. Odchylenia w wydajności pracy w czasie poszczególnych godzin są nieznaczne, zresztą zaraz zostają wyrównane przez przerwy wypoczynkowe. Praca akordowa ma małe zastosowanie, ponieważ nie przyczynia się ona na dłuższą metę do uzyskania optimum wydajności,

3) pracy w przedsiębiorstwie towarzyszy muzyka radiowa; z doświadczenia wynika, iż dodaje ona bodźca do pracy. Urządzane przez zakład, począwszy od 1925 r., coroczne wycieczki

mają duży wpływ na psychikę robotnika. Każdego roku całe przedsiębiorstwo zamyka się na przeciąg 14 dni i wszyscy pracownicy korzystają z płatnego, 2-tygodniowego urlopu.

Autor podkreśla, iż na wydajność w pracy dodatni wpływ ma osobisty kontakt kierownika przedsiębiorstwa z poszczególnym pracownikiem.

Autor zaznacza również, iż czynnikiem nie bez znaczenia jest zainteresowanie pracownika zakładem pracy swego pracodawcy. Pracownik pragnie wtedy widzieć rezultat swojej pracy, za którą otrzymuje ze strony przedsiębiorstwa troskliwą opiekę nad zdrowiem. Należy podkreślić, iż, zdaniem autora, przy dążeniu do osiągnięcia wzmożonej wydajności pracy, nie tyle odgrywa rolę czynnik materialny, wynagrodzenie pracownika, ile raczej społeczne nastawienie przedsiębiorcy wobec swoich pracowników.

(Z przeglądu referatowego zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy. Rok II. Nr 5. Warszawa, 1938. — Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych).

Ruch w towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie

Posiedzenie sprawozdawcze roczne w dniu 26 lutego 1938 roku

Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

1. Odczytany protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

Następnie kol. Ludwik Batawia i Wilhelm Mikulski wygłosili przemówienia pośmiertne.

Kol. Ludwik Batawia podaje do wiadomości zebranym, że w roku 1937 polska oto-laryngologia poniosła duże straty:

Dnia 20 kwietnia 1937 r. zmarł w Wilnie młody, wielce obiecujący Prof. Uniw. Batorego śp. Tadeusz Wąsowski.

W lecie ubiegłego roku rozstał się z tym światem dr Witold Szumlański.

Dnia 29 listopada 1937 r. zmarł w Warszawie bł. p. Leopold Lubliner.

Kol. dr Wilhelm Mikulski wygłosił przemówienie pośmiertne o śp. prof. chirurgii Kaderze.

Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

2. Kol. sekretarz Szwedowski odczytał sprawozdanie z działalności T-wa Lekarskiego Częstochowskiego za 1937 r.

Kol. skarbnik Szaniawski przedłożył sprawozdanie kasowe na dzień 31. XII. 1937 roku.

Kol. bibliotekarz Frenkenberg przedłożył sprawozdanie ze stanu książek i czasopism lekarskich do dnia 31. XII. 1937 r.

Kol. Petrykat odczytał protokół Komisji Rewizyjnej z wnioskiem o udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi. Wniosek został przyjęty przez aklamację.

Wynik wyborów Zarządu.

W wyniku wyborów powołani zostali do Zarządu Towarzystwa:

Kol. Łokczewski — prezes, L. Batawia — wiceprezes, St. Szwedowski i M. Hallemanowa — sekretarze, P. Szaniawski — skarbnik, J. Frenkenberg — bibliotekarz, W. Mikulski, A. Borkowski i A. Hall — członkowie Zarządu; do Komisji Rewizyjnej weszli kol. E. Petrykat, W. Konar i A. Franke.

Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 19 marca 1938 roku

Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

1. Odczytany protokół przyjęto.
2. Prezes kol. Łokczewski wygłosił streszczenie odczytu prof. René Leriche'a wygłoszonego przez autora na uroczystej inauguracji Katedry w *College de France*, pod tytułem: „Myśli współczesnego chirurga".

Na wstępie dał referent ogólną charakterystykę działalności naukowej Leriche'a, jednego z twórców chirurgii fizjologicznej. Był on dotąd profesorem chirurgii w Strasbourgu. Jako chirurg zasłynął z operacji na układzie nerwu współczulnego, jest wybitnym znawcą tego układu oraz endokrynologiem i ta jego wiedza stanowi podłoże jego poglądów w dziedzinie patologii chirurgicznej, zawartych w wygłoszonym odczycie. Autor stwierdza, że medycyna przeżywa okres zamieszania z powodu nadmiaru techniki i aparatury. Zbawić ją może powrót do Hippokratesowej obserwacji człowieka przez człowieka, ostrzega przed przenoszeniem wniosków z doświadczeń na zwierzętach do patologii człowieka, podnosi szkodliwość miażdżenia tkanek podczas operacji.

W dyskusji głos zabierali kol. Szaniawski, Frenkenberg, Dykier, Szwedowski i Wajnbaum.

3. *Pokazy:* Kol. Hallemanowa *omawia dwa przypadki z Oddziału Dziecięcego Szpitala Miejskiego:* a) *Ostra rzeżączka pochwy u 7-letniej dziewczynki,* b) *coniunctivitis pseudomembranosa lewej dolnej powieki u dziewczynki 3-letniej.*

W dyskusji głos zabierali kol. Konar, Szaniawski, Dykierowa i Szwedowski.

Następnie kol. Szaniawski omawia w związku z panującą epidemią zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych pięć przypadków z Oddziału Dziecięcego Szpitala Miejskiego. U jednej chorej stwierdzono obustronną *labirynthitis*, a u 7-miesięcznego oseska tworzące się wodogłowie; poza tym u pozostałych przebieg pomyślny. Stosowano wstrzykiwania dolędźwiowe surowicy swoistej na przemian ze stosowaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dyskusji przemawiali kol. Łokczewski, Hallemanowa, Frenkenberg i Szwedowski.

Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Posiedzenie kliniczne w dniu 1 maja 1938 roku w Szpitalu Miejskim dla chorych wewnętrznie

Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

1. Kierownik Szpitala kol. Paweł Szaniawski w serdecznych słowach przywitał zebranych członków, jednocześnie szczegółowo pokazał wszystkie oddziały szpitalne. Po zwiedzeniu szpitala sekretarz kol. Szwedowski odczytał protokół z ostatniego posiedzenia, który zebrani przyjęli.
2. Kol. Wacław Konar przedstawił:

a) Chorego, lat 24, z chromaniem przestankowym, tzw. chorobą Bürgera i przypuszcza, że etiologia tkwi w działaniu szkodliwym nikotyny na układ współczulny.

b) Następnie prelegent omówił dwa przypadki marskości wątroby; u kobiety 44-letniej była daleko posunięta marskość wątroby typu Laenneca z puchliną brzuszną; drugi przypadek dotyczył mężczyzny, lat 38, który choruje na marskość wątroby, zbliżoną do typu marskości Hanot'a. Prelegent w krótkich zarysach omawia obie postacie chorobowe.

c) Z kolei kol. Konar przedstawił młodego człowieka, który przed 3 laty przechodził wysięk opłucnowy. Chory przybył do szpitala wskutek złych warunków domowych. Badaniem fizykalnym za wyjątkiem zaostrzonego oddechu w szczytach wyraźnych zmian nie stwierdzono, natomiast badanie radiologiczne wykazało rozległe zmiany *(phthisis ulcero-caseosa)* z jamą w lewym szczycie. Przypadek ten poucza, jakie znaczenie ma badanie radiologiczne w chorobach płuc.

d) Mężczyzna, lat 31, chorował na wrzód żołądka, w następstwie powstało zwężenie odźwiernika miernego stopnia, potwierdzone radiologicznie. Według prelegenta przypadek ten nadaje się do zabiegu operacyjnego; jednocześnie omawia wskazania do operacji przy wrzodach żołądka; jako bezwzględne wskazania do operacji uważa: skłonność do krwotoków, zwężenie odźwiernika i możliwość zwyrodnienia rakowego.

W dyskusji przemawiali kol. Franke, Łokczewski, Szwedowski, Secomski i Szaniawski.

Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 14 maja 1938 roku

Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

W posiedzeniu wziął udział zaproszony prelegent konsul Rzeczypospolitej Polskiej Pan Edward Paciorkowski.

Pokazy.

Kol. Hallemanowa *przedstawia dziewczynkę 13-miesięczną, która cierpi na zapalne schorzenie naczyń z wtórną skazą krwotoczną, spowodowaną hipotrombocytozą na tle bliżej nieznanego zakażenia.*

W dyskusji zabierali głos kol. Piltz, Szaniawski i Szwedowski.

Następnie Pan Konsul Edward Paciorkowski wygłosił odczyt pt. *„Mój pobyt w osiedlach dla trędowatych w Ameryce Południowej"*.

Kol. Prezes Łokczewski przed udzieleniem głosu prelegentowi przedstawił stan obecny wiedzy o trądzie, omawiając szczegółowo etiologię, objawy kliniczne, rozpoznanie i leczenie trądu.

Prelegent bardzo barwnie i szczegółowo przedstawił zebranym swój pobyt w osiedlach dla trędowatych w Ameryce Południowej. Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 22 października 1938 roku
Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

Odczytany protokół przyjęto.
Kol. Prezes Łokczewski wygłosił przemówienie pośmiertne o zmarłym członku Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego śp. d-rze Feliksie Boguckim.
Kol. Szwedowski wygłosił przemówienie pośmiertne o śp. d-rze Kazimierzu Dąbrowskim. Nagły zgon śp. dra Kazimierza Dąbrowskiego, jednego z najwybitniejszych ftizjologów doby współczesnej, wywołał głęboki żal w świecie naukowym i w szerokich warstwach społeczeństwa polskiego.
Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

Pokazy.
Kol. Szaniawski *przedstawił dziewczynkę z Oddziału Szpitala Miejskiego z polipem wielkości grochu na śluzówce odbytnicy.* Polip stwierdzony został za pomocą rektoskopu, a usadowiony był w odległości 11 cm od ujścia odbytnicy.
Następnie kol. Szaniawski *omówił przypadek tężca u dwutygodniowego oseska.* Poród odbył się bez pomocy akuszerki, a dziecko odbierały sąsiadki, powracające z pola.
W dyskusji zabierali głos kol. Mikulski, Hallemanowa, Secomski, Frenkenberg i Szwedowski.
Kol. Konar *przedstawia:* a) *przypadek ziarnicy złośliwej (lymphogranulomatosis),* potwierdzonej badaniem histologicznym wyłuszczonego gruczołu w Krakowie; b) *przypadek ostrogi piętowej* (potwierdzony zdjęciem rentgenowskim); przyczyną jest prawdopodobnie przebyty gościec stawowy.
W dyskusji zabierali głos kol. Łokczewski i Mikulski.
Kol. Prezes Łokczewski *wygłosił odczyt pt.: „Szczawnica dawniej, a dziś".* Przed laty Szczawnica uważana była przez lekarzy i chorych jako stacja klimatyczna niemal wyłącznie przeznaczona dla chorych na gruźlicę. W ostatnich latach widzimy zmianę we wskazaniach dla Szczawnicy. Lecznictwo współczesne w Szczawnicy jest nastawione na leczenie chorób górnego odcinka dróg oddechowych, nieżytów oskrzeli, rozedmy płuc, dychawicy oskrzelowej, częściowo narządów trawiennych i nerek.
Prelegent podał opis wspaniałego inhalatorium z komorami nadciśnieniowymi, w których podnosić można ciśnienie od 1/2 do 3/4 atmosfery. Pobyt w takich warunkach trwa około dwóch godzin.
Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 26 listopada 1938 roku
Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

Odczytany protokół przyjęto.
Pokazy.
Kol. Mikulski podaje, że przy operacji przepukliny udowej znalazł w worku przepuklinowym odłamek kości, kiedyś połkniętej, owinięty siecią.
Kol. Karczewski omówił ciała obce znalezione podczas zabiegów operacyjnych: a) przy zabiegu z powodu zwężenia odźwiernika na tle zatrucia kwasem solnym znaleziono w ścianie poprzecznicy igłę, b) przy operacji z powodu wgłobienia znaleziono w jelitach 3/4-litrową butelkę wypełnioną kałem, butelkę rzekomo wsunięto pijanemu przez odbytnicę, c) podczas wycięcia wyrostka robaczkowego znaleziono u chłopca haczyk od wędki, d) przy cystoskopii u dziecka, oddającego mocz zabarwiony fioletowo, znaleziono w pęcherzu ołówek chemiczny.
Kol. Konar omawia przebieg choroby u chorego z rodziny gruźliczej, u którego stwierdzono ropień płuca lewego.
Kol. Petrykat i kol. Konar *przedstawiają chorą, u której stwierdzono twardzinę ogólną (sclerodermia diffusa) i równocześnie 4-miesięczną ciążę.*
W dyskusji zabierali głos kol. Szaniawski, Piltz, Szwedowski, Ferens i Wajnbaum.
Kol. Dykierowa *przedstawia wyleczonego chorego, którego operowała z powodu postrzału w klatkę piersiową z rozszarpaniem wątroby, co było przyczyną dużego krwotoku i bardzo trudnego zeszycia rany.*
Kol. Frenkenberg omówił w ogólnych zarysach podstawy elektrokardiografii i przedstawił dwadzieścia przez siebie wykonanych elektrokardiogramów.
W dyskusji przemawiali kol. Łokczewski i Szwedowski.
Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Posiedzenie w dniu 17 grudnia 1938 roku
Przewodniczący: Kol. Prezes Łokczewski

Odczytany protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.
Pokazy.
Kol. Franke *przedstawia* trzy przypadki, które operował w Szpitalu Miejskim: a) *przypadek zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego i ropnego zapalenia otrzewnej,* który na skutek późnej operacji i powikłań leczony był przez pięć miesięcy do czasu wyzdrowienia, b) *preparat usuniętej macicy ciężarnej z zachowaniem płodu.* Usunięto macicę z powodu jej przebicia i wytworzonego w następstwie ropnia w jamie Douglasa, c) *przypadek ropnia podwątrobowego w prawym podżebrzu,* powstałego w następstwie przedziurawienia woreczka żółciowego.
W dyskusji zabierali głos kol. Batawia, Ferens, Goldman i Szwedowski.
Następnie kol. Szwedowski przedłożył sprawozdanie 10-lecia Poradni Częstochowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego imienia dra Karola Rożkowskiego, za okres od dnia 10 czerwca 1928 r. do dnia 1 czerwca 1938 roku.
Szczegółowy materiał sprawozdawczy ujęty został w wykresach, które dokładnie zobrazowały zarówno pracę lekarską, jak i pracę higienistek-wywiadowczyń.
W dyskusji przemawiali kol. Łokczewski, Franke, Secomski i Szaniawski.
Sekretarze: *Dr Szwedowski i Dr Hallemanowa.*

Protokół posiedzenia Sekcji do zwalczania gruźlicy Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 30 listopada 1938 roku

Obecni: członkowie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia i ich zastępcy z Ministerstwa Opieki Społecznej: Dr Jan Adamski, dyrektor Departamentu, dr Jerzy Babecki, zastępca dyrektora Departamentu, z Ministerstwa Spraw Wojskowych dr Telatycki, mjr. lek., z Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego dr Czesław Wroczyński, ministerialny wizytator szkół, z Naczelnej Izby Lekarskiej dr Mieczysław Gantz, członkowie kooptowani: Dr Andrzej Biernacki, prof. dr Jan Gordziałkowski, dr Stanisław Hornung, prof. dr Karol Jonscher, dr Jan Konopnicki, zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Zarządzie Miejskim m. st. Warszawy, dr Paweł Martyszewski, dyrektor Sanatorium Sejmikowego w Otwocku, dr Janina Misiewicz, dyrektor Sanatorium w Mieni, dr Marian Molicki, prof. dr Witold Orłowski, dr Marian Piasecki, dr Stanisław Pietraszewski, naczelnik Wydziału w Ministerstwie Opieki Społecznej, dr Stanisław Popowski, dr Stefan Rudzki, płk. lekarz, dr Maria Skokowska-Rudolfowa, radca w Ministerstwie Opieki Społecznej, prof. dr Roman Rencki, dr Turuto (w zastępstwie prof. Januszkiewicza), dr Olgierd Sokołowski, dr Jadwiga Szustrowa, prof. dr Adolf Wojciechowski, dr Marian Zachert, inspektor w Ministerstwie Opieki Społecznej.
Przewodniczący: Dr J. Adamski, dyrektor Departamentu.
Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.
Na porządku dziennym:
Organizacja kursów z zakresu zwalczania gruźlicy dla lekarzy:
a) ustalenie czasu trwania każdego kursu,
b) ustalenie daty rozpoczęcia kursu,
c) zasięg terytorialny każdego kursu,
d) liczebność kursu,
e) zmiany w programie wzorcowym kursu, rozesłanym przy piśmie Ministerstwa z dnia 14 września 1938 r. Nr ZZ. 11/58-8 w związku z miejscowymi warunkami,
f) preliminarze budżetowe kursów,
g) sprawa piśmiennictwa dla słuchaczy.
Przewodniczący otwiera posiedzenie, po czym dr Skokowska-Rudolfowa wygłasza następujące przemówienie:
Ministerstwo Opieki Społecznej od dość dawna zamierzało rozszerzyć szkolenie lekarzy w zakresie akcji przeciwgruźliczej.
Na posiedzeniu Sekcji Przeciwgruźliczej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia w dniu 3 listopada 1937 r. sprawa ta została przedyskutowana. Po wysłuchaniu dwóch referatów na temat szkolenia lekarzy w zakresie gruźlicy i w wyniku obrad Sekcja Przeciwgruźlicza Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia uchwaliła projekt organizowania kursów we wszystkich miastach uniwersyteckich.
W br. przystąpiono do realizacji powyższej uchwały.

Ministerstwo Opieki Społecznej zwróciło się do profesorów-dyrektorów klinik wewnętrznych z prośbą o zorganizowanie komisyj do spraw szkolenia lekarzy w gruźlicy i o objęcie kierownictwa nad tą akcją.

Ministerstwo wychodziło z założenia, że jedynie autorytet naukowy może we właściwy sposób pokierować tą akcją, a znajomość ze strony profesorów możliwości i warunków miejscowych zapewni racjonalne zorganizowanie kursów. Argumenty za koniecznością rozbudowy szkolenia są zbyt widoczne, aby je należało powtarzać; dotychczas przeszkalano w ciągu roku 30 lekarzy na dwóch kursach w Warszawie; wobec rozwoju sieci instytucyj przeciwgruźliczych — 580 przychodni, nie licząc innych zakładów leczniczych i zapobiegawczych, wobec konieczności zaznajomienia z zagadnieniem gruźlicy lekarzy okręgowych (rejonowych), lekarzy ubezpieczalni, szkolnych, komisyj poborowych itp., jest sprawą paląca zwiększenie liczby kursów i udostępnienie ich większej liczbie lekarzy.

W myśl tego co było powiedziane, było by pożądane przy tworzeniu komisyj organizacyjnych kursów zainteresowanie tą sprawą i powołanie do komisyj przedstawicieli wojewódzkich władz służby zdrowia, ubezpieczalni i sanitariatu wojskowego.

Na porządku dziennym dzisiejszego zebrania znajdują się punkty wymienione w rozesłanym porządku dziennym. Przechodząc do poszczególnych punktów:

a) wydaje się, że czas trwania kursów zostaje ustalony na 4—5 tygodni,

b) daty rozpoczęcia kursów będą się wahały, wszystkie jednak kursy będą się odbywały w czasie od stycznia do marca,

c) wydaje się niepożądane, aby zawiadomienia o różnych kursach spotykały się na jednym terenie.

Byłoby więc pożądane rozgraniczenie terytoriów w następujący sposób:

1) kurs we Lwowie szkoli kandydatów z województwa lwowskiego, stanisławowskiego, tarnopolskiego, wołyńskiego,

2) kurs w Wilnie — kandydatów z woj. wileńskiego, nowogródzkiego i poleskiego,

3) kurs w Poznaniu — kandydatów z województwa poznańskiego, pomorskiego i łódzkiego,

4) kurs w Krakowie — kandydatów z woj. krakowskiego, śląskiego i kieleckiego;

d) sądząc z otrzymanych odpowiedzi, kurs przeszkoleniowy obejmie 12—15 osób. Za mniejszą liczbą słuchaczy, a za pogłębieniem pracy wypowiedzieli się prof. Orłowski, prof. Rencki i inni.

e) Przy piśmie w sprawie organizacji kursów i przy zaproszeniach na dzisiejsze zebranie był rozesłany jako wzorzec program kursu diagnostycznego, jaki odbywał się w latach ubiegłych w Warszawie. Miejscowe warunki oraz skrócenie czasu trwania kursu wymagały zmian, które wyraziły się w zmniejszeniu liczby godzin wykładowych.

Ministerstwo w tej sprawie, pozostawiając całkowicie kompetencji profesorów układ programu wykładów, zgłasza następujące życzenia:

1) wykłady o organizacji walki z gruźlicą i ustawodawstwie przeciwgruźliczym powinni objąć lekarze pracujący w państwowej administracji sanitarnej,

2) apel do organizatorów kursu, ze względu na oszczędność, w sprawie dalszego zastąpienia wykładów przez odpowiednie piśmiennictwo, a sprowadzenia wykładów do przedstawienia najnowszych postępów dokonanych w poszczególnych dziedzinach rozpoznania i leczenia lub do dania syntezy badań, będących przedmiotem prac naukowych ostatniej doby.

W sprawie zajęć praktycznych z punktu widzenia nie treści, lecz organizacji zajęć, chodzi o przyjęcie zasady, aby odbywały się one grupami niewielkimi, zależnie od posiadanego materiału dydaktycznego; a więc w Warszawie w klinice, szpitalu i sanatorium pracowały grupy po 6 ludzi; na stacji odm, w przychodni przeciwgruźliczej dla dorosłych i dzieci, w pracowni rentgenowskiej i na laryngologii — po 3 osoby; każda grupa miała swego instruktora, odpowiedzialnego za jej pracę, który nie tylko tę pracę przydzielał, kierował nią, ale i kontrolował. Wyniki były przez instruktorów referowane profesorowi-kierownikowi kursu i wysnuwane odpowiednie wnioski; w końcu kursu odbywało się kolokwium wobec komisji złożonej ze specjalistów-ftizjologów.

f) Budżety kursów mogą być różne ze względu na różnicę kosztów, w zależności od środowiska.

Ministerstwo proponuje przyjęcie jednakowych opłat we wszystkich środowiskach za jednakowe świadczenia, a więc:

1) ustalenie opłaty za godzinę wykładową w wysokości 25 zł,

2) ustalenie ryczałtu w wysokości 60 zł tygodniowo za pracę instruktorską z grupą lekarzy, za pracę trwającą minimum 2 godziny dziennie,

3) liczba stypendiów byłaby ograniczona do połowy liczby uczestników każdego kursu po 150 zł każde, z tym, że jeżeli będą uczestnicy, którzy zadowolą się stypendiami mniejszymi, to komisja kursów wewnętrznie powiększy liczbę stypendystów (w Warszawie na 4-tygodniowym kursie odmy sztucznej wysokość stypendium wynosiła od 125 zł do 150 zł, na 7-tygodniowym rozpoznawczym 225—300 zł. Warszawa jest drogim miastem). Stypendia powinny być zwrotne w okresie np. 5-letnim i zużyte na dalszą organizację szkolenia.

4) Ryczałty w wysokości 200 zł na pomoce naukowe, na administrację 200 zł, na wydatki kancelaryjne 100 zł byłyby, zdaje się, wystarczające.

5) Komisje kursów przewidują wydatki na zwiedzanie instytucyj przeciwgruźliczych, na ten cel Ministerstwo Opieki Społecznej byłoby gotowe przeznaczyć po 200—250 zł na kurs, z tym, że byłaby to cyfra orientacyjna i mogłaby ulec zmniejszeniu. Wydaje się, że całkowity koszt kursu powinien by się zamknąć w granicach 3.500—4.000 zł.

g) W sprawie piśmiennictwa Ministerstwo Opieki Społecznej proponuje opracowanie jego wykazu, z którym słuchacz byłby obowiązany zapoznać się przed i w czasie trwania kursu. Ministerstwo proponuje zwrócenie się w tej sprawie do Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu w Warszawie z prośbą, aby opracowała do dnia 1 stycznia 1939 r. taką bibliografię podstawową.

W dyskusji przemawiali prof. dr Orłowski, prof. dr Rencki, dr Misiewiczówna, prof. dr Jonscher, płk. dr Rudzki, dr Telatycki, dr Sokołowski, dr Wroczyński, dr Misiewicz, dr Martyszewski i dr Skokowska-Rudolfowa.

Przewodniczący resumując wyniki dyskusji stwierdza, że większość członków Sekcji wypowiada się za 4-tygodniowym, bądź też 5-tygodniowym kursem przeciwgruźliczym, wobec czego sprawę tę pozostawia się uznaniu poszczególnym ośrodkom uniwersyteckim organizującym kurs.

Przewodniczący, podkreślając równowartość poziomu nauki we wszystkich środowiskach uniwersyteckich, zaznacza, że konieczność przeszkolenia lekarzy wyłania się również w akcji zwalczania innych chorób społecznych. W związku z powyższym została wyłoniona przez Państwową Naczelną Radę Zdrowia specjalna Sekcja do spraw szkolenia lekarzy, która zajmie się tym zagadnieniem przy współudziale przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z kolei przewodniczący ustala, że Sekcja wypowiada się za liczebnością minimum 12 słuchaczy.

Przewodniczący zamykając zebranie zaznaczył, że w sprawie piśmiennictwa Departament Służby Zdrowia zwróci się do Komisji Naukowej Polskiego Związku Przeciwgruźliczego o opracowanie wspólne z Kliniką prof. Orłowskiego wykazu piśmiennictwa do użytku słuchaczy kursów.

Uwagi w sprawie organizacji kursów z zakresu zwalczania gruźlicy

Należało by wprowadzić dwa typy kursów: 1) uzbrajających lekarzy do społecznej walki z gruźlicą i 2) dla lekarzy szpitalnych i ośrodków zdrowia.

Ad 1) Program kursów typu pierwszego miałby więcej godzin medycyny społecznej, tj. z ustawodawstwa przeciwgruźliczego, z organizacji walki z gruźlicą w miastach i na wsi, prowadzenia poradni, żłóbków i prewentoriów, wykładów o współpracy z ubezpieczalniami, o gruźlicy jako chorobie zawodowej. Wykłady teoretyczne w tej grupie musiałyby zająć mniejszą ilość godzin (przebieg zakażenia gruźliczego, anatomia patologiczna, bakteriologia). Teoria zaś i praktyka leczenia zapadowego oraz rentgenologia klatki piersiowej musiałaby być potraktowana równie szeroko, jak w grupie drugiej, również obszernie musiałby być potraktowany dział rozpoznawczy, aby podnieść poziom umiejętności stawiania wskazań do zabiegów lub do leczenia szpitalnego albo sanatoryjnego (szczególnie u lekarzy urzędowych).

Ad 2) Typ drugi kursów mógłby mieć zmniejszoną ilość godzin wykładów i zajęć z medycyny społecznej, natomiast rozszerzoną serię wykładów i zajęć z dziedziny metod uzupełniających odmę, różniczkowania gruźlicy od innych chorób (pylica, rozstrzenie oskrzeli, dychawica oskrzelowa, zaburzenia wewnątrzwydzielnicze itp.), badań czynnościowych pod kątem wskazań do poważniejszych zabiegów i pod kątem orzecznictwa.

W wykładach z dziedziny medycyny społecznej powinno być uwzględnione zagadnienie wsi nie tylko pod kątem tzw. „depistażu" i organizacji poradni, ośrodków itp., ale i pod kątem organizacji lecznictwa sanatoryjno-szpitalnego mieszkańców wsi. W Polsce tylko mieszkaniec wsi — rolnik nie ma żadnej możliwości racjonalnego leczenia gruźlicy jako nieubezpieczony.

Należało by wprowadzić w życie instytucje rozpoznawczo-doradcze, do których mógłby każdy uczestnik kursu zwracać się w przyszłości o radę w drodze korespondencji, przesyłając skrót przebiegu choroby, rentgenogram itp., w miarę zaś wzrastania możliwości finansowych aparatu powołanego do organizacji walki z gruźlicą — nawet przesyłać chorych dla przebadania wszechstronnego i otrzymania wskazówek do dalszego postępowania.

Wprowadzić zwyczaj ankiety (anonimowej w razie życzenia) na temat odbytych kursów, aby móc wprowadzać uzasadnione życiem zmiany w programie, w sposobie prowadzenia zajęć praktycznych, czasu trwania kursów itp.

Wydawać co pewien czas rozumowany poradnik bibliograficzny i rozsyłać to wydawnictwo uczestnikom kursu na parę miesięcy przed rozpoczęciem wykładów z zaznaczeniem, że polecone jest pewne określone przygotowanie do kursu.

Pożądane byłoby wydawanie pisma o przystępnej prenumeracie (subwencjonowanego), które miałoby charakter dydaktyczno-informacyjny; a więc zawierałoby artykuły rozwijające i uzupełniające zagadnienia poruszone na kursach, prócz tego umieszczałoby zwięzłe informacje o nowych zdobyczach w dziedzinie rozpoznawania, postępowania zapobiegawczego i leczniczego oraz sprawozdania z różnych „pionierskich" poczynań. Aby nie mnożyć wydawnictw i nie rozdrabniać sił można byłoby np. rozszerzyć i przystosować do tego celu wychodzący we Lwowie *„Ruch Przeciwgruźliczy"*.

Niektóre zajęcia praktyczne i ćwiczenia powinny być prowadzone w formie kolokwiów, aby kierownictwo kursów miało możność przekonania się, że uczestnik nie tylko wysłuchał, ale i nauczył się.

Należało by przeprowadzić postulat przymusowego przeszkolenia niektórych lekarzy urzędowych. Praktyka bowiem sanatoriów przeciwgruźliczych wykazuje nieraz błędy w skierowywaniu na leczenie; zdarzają się wypadki niepotrzebnego, jak również zbyt spóźnionego przekazywania do sanatoriów i szpitali zarówno gruźlicy płucnej, jak i kostnej.

Przewodniczący: *Dr Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Wiadomości bieżące

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Doc. dr Bolesław Jałowy (Lwów) został mianowany profesorem histologii i embriologii w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie.

Różne

Z kraju

W „Polskiej Stomatologii" Nr 4. 1939. znajduje się na stronie 114 następujący apel: „Do Českich Stomatologóv. Śviadomy ogromu nieśćęścia, jakie spadło na Vašą Ojčyznę, Polski Komitet Slovianskich Stomatologóv vyraža Vam Koledzy Česi najšćerše vspółčucie. Nie upadajcie na duchu! Stójcie na stražy Vašego dorobku kulturalnego i gospodarčego až do chvili odzyskania Vašej niepodległości, v którą vieřymy niezłomnie v imię nieśmiertelnej siły narodóv Slovianskich. Polski Komitet Slovianskich Stomatologóv. Dr Ignacy Pietrzycki, sekretarz — Prof. dr A. Cieszyński, prezes".

Ukazało się rozporządzenie Ministra W. R. i O. P. w sprawie praktyki szpitalnej uczennic liceum. Praktyka taka jest obowiązkowa. Najważniejsze zarządzenie jest następujące: uczennice nie mogą odbywać praktyki na oddziałach zakaźnym, położniczo-ginekologicznym i skórno-wenerycznym. Niedopuszczalna jest także obecność uczennic na salach operacyjnych w czasie operacji.

Ministerstwo W. R. i O. P. Wypowiedziało się odmownie w sprawie założenia wyższej szkoły lekarskiej w Łodzi.

Dr Reichan z Warszawy opuścił stanowisko dyrektora Sekcji Higienicznej Ligi Narodów.

Z dniem 24 kwietnia br. rozpoczęła Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie, przeznaczony specjalnie dla pracowników Zakładu czyszczenia miasta, kurs ratownictwa i pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Przedmiotem kursu były wykłady na takie tematy, jak: pierwsza pomoc w uszkodzeniach ciała w nieszczęśliwych wypadkach i nagłych zasłabnięciach, organizacja pierwszej pomocy na terenie zakładu pracy, ochrona narządu wzroku, ćwiczenia praktyczne w udzielaniu pierwszej pomocy, w zakładaniu opatrunków itp. W wykładach teoretycznych i ćwiczeniach zostały szczególnie uwzględnione potrzeby i warunki pracy w Zakładzie czyszczenia miasta.

Grupa Farmaceutyczna Związku Przemysłu Chemicznego Rz. P., jednocząca większe firmy produkujące leki, w uznaniu korzyści wypływających dla przemysłu z imprez wystawowych uświadamiających ogół i sfery zainteresowane postępem polskiego przemysłu chemicznego, zwraca uwagę, że częste tego rodzaju pokazy i to niekiedy w nieodpowiednich warunkach odbywające się nie dają korzyści ani zwiedzającym, ani wystawcom. Weszło obecnie w zwyczaj, że podczas zjazdów lekarskich ogólnych lub poszczególnych specjalności leczniczych, organizatorzy zjazdów urządzają jednocześnie wystawy produktów farmaceutycznych, udzielając miejsca wystawcom za odpowiednią opłatą. Firmy farmaceutyczne, aczkolwiek godzą się od czasu do czasu na udział w wystawach urządzanych w warunkach nie zapewniających przemysłowi farmaceutycznemu odpowiednich korzyści, to jednak zwracają uwagę, że tak w interesie wystawców, jak i zwiedzających lekarzy leży, ażeby pokazy urządzać tylko wtedy, kiedy znajdują one odpowiedni teren dla urządzania stoisk, kiedy rozplanowanie stoisk uwzględnia dostęp dla interesujących się wyrobami, a wreszcie kiedy program prac zjazdowych pozostawia dość wolnego czasu na zwiedzenie stoisk przez uczestników zjazdu, dając możność zasięgnięcia potrzebnych informacyj. Grupa Farmaceutyczna Związku Przemysłu Chemicznego Rz. P. zaznacza, że każda impreza wystawowa wymaga uprzedniego sumiennego rozpatrzenia, czy da ona wystawiającym i zwiedzającym wzajemne korzyści i zadowolenie.

W lutym br. został wniesiony do Sejmu projekt ustawy o zmianie Rozporządzenia Prezydenta R. P. o ochronie lasów nie stanowiących własności Państwa. Projekt ten przewiduje m. i. możliwość uznania przez władze za podlegające ochronie lasów i zarośli, a również gruntów leśnych pozostałych po wyrębie drzew, które leżą w granicach okręgu ochrony sanitarnej uzdrowisk posiadających charakter użyteczności publicznej. Postanowienie to jest niezmiernie słuszne, gdyż uzdrowiska istotnie powinny być zawsze traktowane jako dobro publiczne. Wszelkie bowiem ułatwienia i wszelka opieka, jaką rząd przyznaje uzdrowiskom, wyświadczane są pośrednio tym szerokim rzeszom obywateli, które korzystają z ich dobroczynnych właściwości leczniczych.

Na apel wystosowany do uzdrowisk przez Związek Uzdrowisk Polskich w sprawie przyznania możliwych ulg naszym rodakom z zagranicy, pierwszy Zarząd Zdrojowiska Inowrocław odpowiedział pozytywnie. W miejscowości tej przyznano członkom Światowego Związku Polaków z Zagranicy ulgi na prawach urzędników państwowych, a mianowicie 50% zniżki od opłaty taksy kuracyjnej i od 15 do 30% od cen za kąpiele i zabiegi lecznicze. Decyzję Zdrojowiska Inowrocław należy powitać z jak największym uznaniem, jako dowód patriotycznych uczuć i zrozumienia dla szeroko pojętych interesów narodu polskiego.

Stany Zjednoczone A. P.

W czasie od dnia 22—24 maja br. odbędzie się w Cincinnati (Ohio) zjazd amerykańskiego towarzystwa dla badań chorób tarczycy.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/10
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

za granicą . . . . zł 17.—
w kraju . . . . zł 10.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.